ACTAS

DE LA

PRIMERA REUNION

DE LAS

Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas

Santiago de Chile, 4-11 de Enero de 1937.

PUBLICADAS POR

ISAAC HORVITZ

Secretario General de las Jornadas
Secretario del Comité Organizador

PRENSAS DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE
SANTIAGO DE CHILE
1 9 3 8

ACTAS

DE LA

PRIMERA REUNION

DE LAS

Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas

Santiago de Chile, 4-11 de Enero de 1937.

PUBLICADAS POR

ISAAC HORVITZ

Secretario General de las Jornadas
Secretario del Comité Organizador

PRENSAS DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE
SANTIAGO DE CHILE
1938



PROF. DR. OSCAR FONTECILLA

Presidente de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro - Psiquiátricas Panamericanas. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Chile.

INTRODUCCION

Las Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas cuya Primera Reunión se verificó en Chile en los primeros días de 1937, constituyen, sin duda alguna, uno de los acontecimientos médicos más importantes y trascendentales verificados en dicho país.

Modestas en sus comienzos en la intención y en la esperanza de sus organizadores fueron adquiriendo, a medida que avanzaba la organización de ellas, los caracteres de un gran Congreso Neuro-psiquiátrico continental por el número y la calidad de sus componentes, por la fecundidad y la importancia de los trabajos presentados, por las adhesiones de todos los países americanos que las estimularon y por los acuerdos que culminaron con la creación de una Institución Internacional destinada a hacer de este torneo algo perdurable y definitivo.

El contenido de estas "ACTAS" demostrará que no hay exageración en lo expuesto. Advertimos, desde luego, que las omisiones de algunos trabajos o ponencias se han producido a pesar de los esfuerzos de la Secretaría que los ha reclamado insistentemente de sus autores, desgraciadamente sin éxito. Reconocemos, sin embargo, que se ha podido recopilar la casi totalidad de ellos y que su conjunto revela fielmente lo que fué la Primera Reunión de las Jornadas.

Cuando aun no se extinguían los ecos encomiásticos y los efectos fecundos y estimuladores que engendraron las Jornadas de Santiago, se produjo en la tarde trágica del 31 de Marzo de 1937, el irreparable y por siempre lamentado fallecimiento del Prof. Oscar Fontecilla.

Iniciador entusiasta, organizador activísimo y figura descollante del torneo, su pérdida prematura constituye para la Neuro-psiquiatría de nuestro Continente, una desgracia de enorme trascendencia.

Ha faltado su estímulo fecundo y el apoyo de su talento pleno de iniciativas en la Secretaría General de las Jornadas. A ello se debe en gran parte el retraso con que aparecen estas "Actas".

El Comité Organizados ha estimado que no podía faltar en la Medalla Conmemorativa del más grande torneo Neuro-psiquiátrico Sud-americano su efigie evocadora de una recia personalidad y del alma creadora de un gran maestro.

ISAAC HORVITZ.
Secretario General de la Primera Reunión
de las Jornadas

INVITACION

JORNADAS NEURO-PSIQUIATRICAS DEL PACIFICO

Primera Reunión: 4-11 de Enero de 1937

La necesidad y conveniencia de las reuniones periódicas de los hombres que dedican su vida al cultivo de determinadas disciplinas, es algo que no puede discutirse. No es, pues, sorprendente que los alienistas y neurólogos latinoamericanos se hayan preocupado más de una vez de organizar instituciones que cumplan ese objetivo y lo hayan logrado en gran parte.

Abandonada prácticamente la idea de celebrar conferencias panamericanas, los alienistas y neurólogos latinoamericanos del Atlántico han venido reuniéndose periódicamente con éxito muy visible en Buenos Aires, Rosario, Córdoba, Montevideo, San Pablo y Río Janeiro. Esos congresos regionales tiene asegurada su continuidad dentro de la institución que se denomina Jornadas Neuro-psiquiátricas Río-platenses, cuyas reuniones son cada vez más brillantes y numerosas.

La idea de reunir periódicamente a los alienistas y neurólogos de de este lado de los Andes ha cristalizado con la organización de las JORNADAS NEURO-PSIQUIATRICAS DEL PACIFICO, que se iniciarán en Enero del año próximo en nuestra capital bajo el patrocinio del Gobierno y de la Universidad de Chile.

Damos más adelante el Reglamento provisorio y el Programa de las Primeras Jornadas, y por su lectura se verá el espíritu que ha informado su confección así como la importancia de los temas elegidos y la alta calidad de los relatores designados.

El deseo de realizar estas Jornadas era bien manifiesto desde hacía mucho tiempo entre los profesores y médicos de la costa del Pacífico que cultivan la Neurología, la Psiquiatría y la Medicina Legal, y ha correspondido a la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile la honrosa labor de dar forma práctica a este viejo anhelo.

Está asegurada la concurrencia a las primeras Jornadas de numerosos especialistas y estudiosos de varios países y se puede desde luego esperar que el más lisonjero éxito coronará el esfuerzo de sus organizadores.

Estas reuniones científicas con la denominación de Jornadas Neuro-psiquiátricas del Pacífico, a semejanza de las Río-platenses, no obedecen, como se comprende, a ningún propósito de estrecho regionalismo: son simplemente la expresión de una necesidad espiritual y cultural hondamente sentida y que toma su camino práctico en concordancia con circunstancias geográficas ineludibles. Su amplia simpatía panamericana se exterioriza, sin embargo, en el hecho de que colaborarán en ellas numerosos hombres de ciencia argentinos, uru-

guayos y brasileros y de haberse invitado a no pocos sabios mexicanos, norteamericanos, etc.

Es muy grato dejar constancia del amplio apoyo ofrecido a los organizadores de las Jornadas por el señor Ministro de Educación, a nombre del Gobierno de Chile, el señor Ministro de Salubridad, el señor Rector de la Universidad del Estado, el Honorable Consejo Universitario y el señor Decano de nuestra Facultad de Medicina.



PROF. JUVENAL HERNÁNDEZ

Rector de la Universidad de Chile.

REGLAMENTO DE LAS JORNADAS NEURO-PSIQUIATRICAS PANAMERICANAS

Art. 1º.—Las Jornadas Neutro-psiquiátricas Panamericanas tienen por objeto reunir cada dos años a los profesionales que se ocupen de Neurología, Psiquiatría y disciplinas afines con el propósito de vincularlos más estrechamente para fomentar el progreso científico de estas ramas médicas y difundir las enseñanzas que de él se deriven.

Art. 2º.—La sede de las Jornadas será alguna de las ciudades universitarias americanas que se determine en la reunión de clausura por los delegados de los diferentes países.

Art. 3º.—Serán miembros de las Jornadas los delegados de los diferentes países, los representantes de las Instituciones adherentes y los cultores de las diferentes especialidades que hayan enviado trabajos o manifestado su adhesión.

Art. 4º.—Los temas oficiales de las Jornadas y los relatores correspondientes serán designados por la Clínica Psiquiátrica a la que corresponda la organización de las mismas.

Art. 5º.—Fuera de los temas oficiales se aceptarán además trabajos libres sobre otros temas de Neurología, Psiquiatría y disciplinas afines. Estos trabajos serán presentados a las Jornadas previo examen por la Comisión organizadora.

Art. 6º.—Para cada tema oficial se designarán uno o más relatores, los que deberán enviar su ponencia a la Secretaría General de las Jornadas, a lo menos quince días antes de la inauguración. Cada relación deberá ser acompañada de un resumen.

Art. 7º.—La Comisión organizadora distribuirá los diferentes temas oficiales y no oficiales, y hará el programa de las sesiones de las Jornadas en general.

Art. 8º.—Cada relator oficial podrá disponer hasta de 40 minutos para la lectura de su trabajo o de un resumen del mismo. En la discusión cada miembro tendrá derecho a usar de la palabra por espacio de diez minutos y el relator dispondrá de veinte minutos para replicar.

Art. 9º.—En los temas libres, cada autor dispondrá de

diez minutos para la lectura de su trabajo o de un resumen del mismo, y los miembros de las Jornadas de cinco minutos cada uno para discutir.

Art. 10.—La Comisión organizadora se preocupará del financiamiento de las Jornadas, para lo cual solicitará el apoyo del Gobierno y de las Instituciones universitarias y médicas. Además. cada adherente deberá cancelar una cuota que se fijará oportunamente. Tendrá así derecho a recibir las publicaciones de las Actas de las Jornadas.

Art. 11.—En la sesión de clausura de las Jornadas se determinará la sede de las reuniones siguientes y la Clínica Universitaria que tendrá a su cargo su organización; se harán las sugestiones que los miembros juzguen útiles para la elección de temas y para la reforma del presente reglamento.

Art. 12.—La Secretaría General y Permanente de las Jornadas, encargada de la conservación de toda la documentación relativa a las mismas correrá a cargo de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Santiago.

PROGRAMA DE LA PRIMERA REUNION

EN SANTIAGO

Lunes 4 de Enero de 1937

10.30 horas.—SESION PREPARATORIA.

Local: Universidad de Chile. Sala de sesiones del Consejo Universitario.

I.—Elección de Presidente.

II.—Designación de los presidentes de las sesiones.

III.—Debate sobre el Reglamento.

---

19 horas.—SESION INAUGURAL.

Local: Salón de Honor de la Universidad de Chile.

I.—Discurso del señor Rector de la Universidad de Chile. Prof. Juvenal Hernández.

II.—Chopin. Fantasía op. 49. Piano, señorita Elvira Savi.

III.—Discurso del señor Decano de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas, Prof. Armando Larraguibel.

IV.—a) Bellini.—Ah non credea (Sonámbula);

b) Thomas. Io son Titania (Mignon).

Canto. Señorita Lidia Hameau.

V.—Discurso del Presidente de la Primera Reunión, Prof. Oscar Fontecilla.

VI.—David. Introducción y Scherzo. Violín, señorita Aída Mires.

VII.—Discurso del Prof. Nerio Rojas en representación de los Delegados argentinos.

VIII.—Discurso del Prof. Honorio Delgado en representación de los Delegados del Perú.

IX.—Discurso del Prof. Antonio Sicco en representación de los Delegados del Uruguay.

Martes, 5 de Enero de 1937

10 horas.—Visita al Hospital de San Vicente. Recepción de las Delegaciones por la Dirección del Hospital.

10.30 horas.—PRIMERA SESION DE TRABAJO.

Local: Auditorio de la Clínica Obstétrica Universitaria. Hospital de San Vicente.

I.—**Primer tema oficial:** Valor de los signos de localización en el diagnóstico topográfico de los tumores cerebrales.

a) Relación del Prof. OSCAR TRELLES (Perú).
b) Relación del Prof. HUGO LEA-PLAZA (Chile).

II.—Dres. MANUEL BALADO y LUIS ROMERO.—Corrientes de acción del sistema nervioso.

I.— Laboratorio, II. Instrumentos de observación; III. Resultados.

III.—Prof. A. AUSTREGESILO.—Afasia y lóbulo parietal izquierdo.

IV.—Dres. GUILLERMO BRINCK y MANUEL BECA.—Cisticercosis cerebral.

V.—Prof. A. AUSTREGESILO y Dr. A. BORGES-FORTES.—Contribución a las localizaciones en el striatum.

VI.—Prof. GUSTAVO JIRON.—Estudio proporcional del encéfalo.

VII.—Dres. JORGE YBAR y LUIS OPAZO.—Neumoventriculografía y su valor diagnóstico.

16.30 horas.—Visita al Manicomio Nacional.

17 horas.—SEGUNDA SESION DE TRABAJO.

Local: Manicomio Nacional.

I.—**Segundo tema oficial:** Concepto psicopatológico y delimitación clínica de la Demencia precoz.

Relator: Prof. HONORIO DELGADO (Perú).

II.—Prof. K. O. HENCKEL.—Biotipología y Psiquiatría.

III.—Dr. FERNANDO ALLENDE NAVARRO.—Automatismo mental y psicoanálisis.

IV.—Dr. EDUARDO BRÜCHER.—Demencia precoz y sistema neuro-vegetativo.

V.—Dres. OCTAVIO PERALTA y JOSE HORVITZ.—Tratamiento de la Demencia Precoz por la malarioterapia.

VI.—Dr. CARLOS GUTIERREZ NORIEGA.—Catatonía experimental en el perro producida por los extractos de toé.

---

22 horas.—SESION EXTRAORDINARIA de la Sociedad de Cirujanos de Hospital en homenaje a los delegados extranjeros.

Recepción del Prof. Manuel Balado como Miembro Honorario.

Dr. MANUEL BALADO.—I. Sala de operaciones para investigaciones elecrofisiológicas; II. Importancia de las corrientes de acción del sistema nervioso en cirugía cerebral.

Miércoles 6 de Enero de 1937

10.30 horas.—Visita al Hospital del Salvador.

TERCERA SESION DE TRABAJO.

Local: Auditorio del Hospital del Salvador.

I.—**Tercer tema oficial:** Tratamiento de los tumores cerebrales.

Relator: Prof. MANUEL BALADO (República Argentina).

II.—Prof. ALEJANDRO SCHROEDER.—Quistes hidatídicos cerebrales. Consideraciones clínicas, anatómicas, fisiológicas. Nueva técnica quirúrgica.

III.—Dres. SANTIAGO BARRENECHEA y RENE CONTARDO. —Extirpación del corpúsculo carotídeo en oftalmología.

---

17 hs. Visita al Hospital de San Juan de Dios.
CUARTA SESION DE TRABAJO.
Local: Auditorio del Hospital de San Juan de Dios.
I.—**Cuarto tema oficial:** Clasificación de las enfermedades mentales y posibilidad de uniformarla en América.
a) Relación del Prof. JULIO ENDARA (Ecuador).
b) Relación del Prof. OSCAR FONTECILLA (Chile).
II.—Prof. JUAN B. LASTRES.—Las causas de las Enfermedades mentales en el Antiguo Perú.
III.—Dr. MARCO A. SEPULVEDA.— Sobre un nuevo síndrome clínico y humoral: el leucorraquis.
IV.—Dr. EDUARDO BRÜCHER.—Afecciones neuro-psiquiátricas de urgencia.

---

21 hs. Banquete en el Club de La Unión ofrecido por el Rector de la Universidad de Chile en honor de las Delegaciones Extranjeras.

Jueves 7 de Enero de 1937.

10 hs. QUINTA SESION DE TRABAJO.
Local: Salón de Conferencias de la Universidad de Chile.
I.—Dr. FERNANDO ALLENDE NAVARRO.—Epilepsia y plexos coroides.
II.—Dr. CARLOS CHARLIN.—Síndrome del nasal. Forma neurálgica.
III.—Prof. ALEJANDRO SCHROEDER.—Glioarquitectura del Sistema nervioso central.

11.30 hs. SESION EXTRAORDINARIA de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal en honor de las delegaciones.
I.—Discurso de Recepción de los Miembros Honorarios por el Prof. JAIME VIDAL OLTRA.
II.—Prof. GONZALO BOSCH.—Consideraciones sobre el síndrome delirante.
III.—Dres. J. O. TRELLES, M. MENDEZ y JIMENEZ.—Un caso anátomo-clínico de Síndrome de Benedik.
IV.—Prof. ALEJANDRO SCHROEDER.—Afecciones craneanas. Estudio clínico-radiológico-anatómico.
V.—Prof. ANTONIO SICCO.—Varicocele y Neurosis.

16.30 hs. Visita al Instituto Médico-Legal "Dr. Carlos Ybar".
17 hs. SEXTA SESION DE TRABAJO.
Local: Auditorio del Instituto Médico-Legal.
I.—**Quinto tema oficial:** Normas recomendables para la elaboración de los informes de psiquiatría forense.
a) Relación del Prof. NERIO ROJAS (República Argentina).
b) Relación del Prof. JAIME VIDAL OLTRA (Chile).
II.—Prof. JULIO ENDARA.—Primeras aplicaciones del Psicodiagnóstico de Rorscharch en los delincuentes.
III.—Dr. JOSE CRUZ.—Delincuencia infantil.
IV.—Sr. RAFAEL FONTECILLA.—Crítica a un informe presentado en un juicio por infanticidio. Necesidad de crear un cuerpo de mé-

dicos legistas que secunden en debida forma la labor del magistrado.

V.—Dres. LUIS CUBILLOS e ISRAEL DRAPKIN.—Importancia y valor real de los servicios de observación médico-criminológicos, en la nueva técnica penitenciaria.

VI.—Sr. JUAN ANDUEZA.— Psicoanálisis y administración de Justicia.

VII.—Dr. JOSE MAX ARNILLAS.—Consideraciones sobre un caso de homicidio múltiple.

Viernes, 8 de Enero de 1937.

10 hs. Visita a la Escuela de Medicina. Recepción de las Delegaciones por el Director de la Escuela Prof. Arturo Mardones.

10.30 hs. SEPTIMA SESION DE TRABAJO.

Local: Auditorio de la Cátedra de Higiene. Escuela de Medicina.

I.—**Sexto Tema oficial:** Metodología de la Enseñanza de la Psiquiatría. Relator: Prof. JULIO ENDARA (Ecuador).

II.—Dr. MANUEL BALADO.—Vías centrales del reflejo pupilar. Contribución anátomo-clínica.

III.—Prof. JORGE NICOLAY. — La vista en la apreciación del peso.

IV.—Prof. EDUARDO CRUZ COKE.—Metabolismo del cerebro.

V.—Prof. Dr. HERZOG.—Alteraciones de la médula espinal en el tifus exantemático.

VI.—Dres. ISAAC HORVITZ y GUSTAVO VILA.—Bases para legislar sobre la protección a los especialistas en Psiquiatría.

VII.—Dres. BALTAZAR CARAVEDO y CARLOS GUTIERREZ NORIEGA.—Relación entre los grupos sanguíneos y los tipos étnicos en los enfermos mentales.

VIII.—Dr. JUAN B. LASTRES.—Folklore médico peruano.

---

12. hs. Recepción de las Delegaciones Extranjeras por el Excmo. señor Presidente de la República.

---

16 hs. OCTAVA SESION DE TRABAJO.

Local: Asociación Médica de Chile.

I.—Prof. A. AUSTREGESILO.—Neuro-mielosis beribéricas.

II.—Dres. EDGARDO SCHIRMER y JUVENAL BARRIENTOS.—La constitución de la norma anterior de la cabeza.

III.—Dr. FERNANDO ALLENDE NAVARRO.—Barrera ecto-mesodérmica.

IV.—Srta. CRISTINA GALITZI.—Asistencia social psiquiátrica.

V.—Dres. GONZALO BOSCH y CARLOS R. PEREIRA.—Neurosis y su tratamiento.

VI.—Prof. HUGO VACCARO y Sr. COSTA.—La reacción de Weltmann en las afecciones del sistema nervioso.

VII.—Dr. GUSTAVO JIRON.—Plexo sacro.—Circunvoluciones cerebrales.

VIII.—Dres. GONZALO BOSCH y ERNESTO ANDIA.—Demencia sifilítica.

IX.—Dres. GONZALO BOSCH y ROQUE ORLANDO.—La forma familiar del adulto de la leuco-encéfalo-esclerosis.

X.—Dr. ISAAC HORVITZ.—Algunas consideraciones sobre la intoxicación con barbitúricos.

XI.—Dr. LORENZO GLASINOVIC.—Reacción de Takata-Ara en el líquido céfalo-raquídeo.

---

19 hs. SESION EXTRAORDINARIA de la Facultad de Biología y Ciencias médicas en honor de los profesores extranjeros.

Sábado, 9 de Enero de 1937.

10.30 hs. Visita del Consultorio N.º 1 de la Caja de Seguro Obligatorio. Homenaje a los Delegados por la Sub-Administración Médica de la Caja.

12 hs. Visita al Fundo "El Peral" de la Junta Central de Beneficencia, Open Door y Hospital de Tuberculosos.

13 hs. Almuerzo en el Open Door ofrecido por la Junta Central de Beneficencia en honor de los delegados extranjeros.

16 hs. Visita a "La Florida" e instituciones de Beneficencia de Puente Alto.

18 hs. Visita al Politécnico "Alcíbiades Vicencio" en San Bernardo.

EN VALPARAISO Y VIÑA DEL MAR

Domingo 10 de Enero de 1937.

8 hs. Viaje a Valparaíso.

11 hs. Recepción de los miembros de las Jornadas Neuro-psiquiátricas en la Estación de Barón, por el Comité Local de Aconcagua.

12 hs. SESION SOLEMNE de la Sociedad Médica de Valparaíso en honor de las Delegaciones.

I.—Discurso del Presidente del Comité Local de Aconcagua, Dr. Baldomero Arce Molina.

II.—Discurso del Presidente de la Sociedad Médica de Valparaíso.

III.—Recepción como Miembros Honorarios de los Profesores visitantes.

22 hs. Banquete ofrecido por el Presidente del Comité del Centenario y Alcalde de Valparaíso en honor de las Delegaciones Extranjeras y de los miembros de las Jornadas en el Casino de Viña del Mar.

Lunes 11 de Enero de 1937.

10.30 hs. NOVENA SESION DE TRABAJO.

Local: Hospital de Viña del Mar.

I.—**Séptimo Tema oficial:** Organización de la Asistencia de los alienados.

a) Relación del Dr. BALTAZAR CARAVEDO (Perú).

b) Relación del Dr. ELIAS MALBRAN (Chile).

II.—Prof. OSCAR FONTECILLA. — Algunas directivas para la asistencia de psicópatas en Chile.

III.—Prof. ANTONIO SICCO.—Organización de la Asistencia de los alienados.

IV.—Srta. OLGA CARBONELL.—Importancia del Servicio Social en la asistencia de los alienados. El Servicio Social en el Manicomio de Santiago de Chile.

V.—Srta. HILDA LOZIER.—El papel de la Enfermera en la asistencia de los alienados.

VI.—Dres. ISAAC HORVITZ y GUSTAVO VILA.—El problema de la asistencia de los locos morales.

VII.—Dr. CELSO JARRION.—El absceso de fijación en los enfermos mentales.

VIII.—Sra. RAQUEL BULNES, y Dres. GUILLERMO AGÜERO y ALBERTO GALLINATTO.—Clínica de Conducta.

IX.—Dres. SEBASTIAN LORENTE y BALDOMERO ARCE.—Organización de la Asistencia de los alienados en Aconcagua.

X.—Dr. ESTEBAN HIDALGO.—Aspectos de la personalidad del escolar limeño a través del test. de Rorscharch.

XII.—Dr. JUAN FRANCISCO VALEGA.— El diagnóstico de la causa de defunción en las enfermedades mentales.

XIII.—Dres. GONZALO BOSCH, CARLOS R. PEREIRA y EDUARDO KRAPF.—Psicosis y demencia esquizofrénica.

---

16 hs. DECIMA SESION DE TRABAJO.

Local: Auditorio del Hospital de San Agustín.

I.—Dr. LUIS CUBILLOS.—El problema de la asistencia médico-social de los alienados delincuentes. Anexos psiquiátricos y manicomios judiciales.

II. Dr. BALDOMERO ARCE MOLINA. — Fisiopatología de los trastornos vasculares encefálicos.

III.—Dres. J. O. TRELLES y MARIO MENDEZ.—Un caso de parálisis general senil.

IV.—Dr. JORGE AVENDAÑO.—Los grupos sanguíneos en las diversas formas de alienación mental.

V.—Dr. VIRGILIO CAPELLI.—Tratamiento quirúrgico de la epilepsia.

VI.—Dr. CARLOS GUTIERREZ NORIEGA.— Acción de la cocaína y de los extractos de coca sobre la excitabilidad de los centros bulbares.

VII.—Dr. ABELARDO IBAÑEZ.—Cirugía reparadora de las lesiones de los nervios periféricos.

VIII.—Dr. ABELARDO IBAÑEZ.—Locuras miásicas a delirio poliformo y ambulatorio. Sus consecuencias legales.

IX.—Dres. VICTOR ARROYO, HUMBERTO ROJAS y CARLOS SOTO.—Neurosis del climaterio.

X.—Dres. GUSTAVO VILA y VICTOR ARROYO.—Estudio sobre legislación en los toxicómanos.

XI.—Discusión de los votos presentados.

---

19 hs. SESION DE CLAUSURA.

Local: Auditorio del Hospital Van Buren.

I.—Alocución del Presidente de la Primera Reunión, Prof. Oscar Fontecilla.
II.—Memoria de la Primera Reunión.
III.—Informe de las Comisiones y votos.
IV.—Determinación de la sede de la próxima Reunión.
V.—Insinuación de temas oficiales para las próximas Jornadas.

---

22 hs. Banquete ofrecido por el Alcalde de Viña del Mar en honor de las Delegaciones en el Casino.

MESA DIRECTIVA DE LA PRIMERA REUNION DE LAS JORNADAS

Presidente: Prof. Oscar Fontecilla.
Secretario: Dr. Isaac Horvitz.
Tesorero: Dr. Arturo Vivado.

DELEGACIONES EXTRANJERAS

República Argentina

Prof. Manuel Balado.
Prof. Gonzalo Bosch.
Prof. Nerio Rojas.
Dr. Luis Romero.

Bolivia

Dr. Abelardo Ibáñez.

Colombia

Dr. Luis Ríos Patiño.

Nicaragua

Sr. Alfredo Urzúa.

Perú

Dr. Baltazar Caravedo.
Prof. Honorio Delgado.
Prof. Oscar Trelles.

Santo Domingo

Sr. Víctor Alvarez.

Uruguay

Prof. Alejandro Schroeder.
Prof. Antonio Sicco.

COMISIÓN ORGANIZADORA DE LAS PRIMERAS JORNADAS

Presidente Honorario: Prof. Dr. Joaquín Luco.
Presidente: Prof. Dr. Oscar Fontecilla.
Secretario: Dr. Isaac Horvitz.
Tesorero: Dr. Arturo Vivado.
Vocales: Dr. Baldomero Arce Molina.
Dr. Luis Cubillos.
Prof. Guillermo Grant Benavente.
Dr. José Horvitz.
Prof. Hugo Lea-Plaza.
Dr. Jorge Oyarzún.
Dr. Alfredo Rojas Carvajal.
Prof. Jaime Vidal Oltra.
Dr. Gustavo Vila.

COMITE DEL PERU

Dr. José Max Arnillas.
" Jorge Avendaño.
" Baltazar Caravedo.
" Jorge Castro.
Prof. " Honorio Delgado.
" Mauricio Dávila.
" Enrique Encinas.
" Luis D. Espejo.
Prof. " Max González Olaechea.
" Carlos Gutiérrez Noriega.
" Carlos Krumdieck
" Juan B. Lastres.
" Fernando Loayza.
Prof. " Daniel Mackehenie.
" Guillermo Marquina.
" José Matta.
" Jorge Morrison.
" Federico Sal y Rosas.
Prof. " Oscar Trelles.
" Juan Francisco Valega.

COMITE LOCAL DE ACONCAGUA

Presidente: Dr. Baldomero Arce Molina.
Secretario: Dr. Sebastián Lorente Patrón.
Prosecretario: Dr. Luis Acevedo.
Vocales: Sr. Juan Andueza.
Dr. Virgilio Capelli.
Dr. Gustavo Fricke.

PRESIDENTES DE LAS SESIONES

Sesión Preparatoria: Prof. Oscar Fontecilla (Chile).
Primera Sesión de Trabajo: Prof. Honorio Delgado (Perú).
Segunda Sesión de Trabajo: Prof. Nerio Rojas (Rep. Argentina).
Tercera Sesión de Trabajo: Prof. Oscar Trelles (Perú).
Cuarta Sesión de Trabajo: Prof. Antonio Sicco (Uruguay).
Quinta Sesión de Trabajo: Dr. Baltazar Caravedo (Perú).
Sexta Sesión de Trabajo: Dr. Baltazar Caravedo (Perú).
Séptima Sesión de Trabajo: Prof. Gonzalo Bosch (Rep. Argentina).
Octava Sesión de Trabajo: Prof. Javier Castro Oliveira (Chile).
Novena Sesión de Trabajo: Prof. Gonzalo Bosch (Rep. Argentina).
Decima Sesión de Trabajo: Prof. Honorio Delgado (Perú).
Sesión de Clausura: Prof. Oscar Fontecilla (Chile).

INSTITUCIONES NACIONALES ADHERIDAS

Asistencia Pública de Santiago. Delegados: Dr. Isaac Horvitz; Dr. Pedro Piña.

Asociación Chilena de Higiene Mental. Delegados: Dr. Juan Garafulic; Dr. Arturo Vivado.

Asociación Médica de Chile.

Caja de Seguro Obligatorio. Delegados: Dr. Alejandro Olivares; Prof. Héctor Orrego Puelma: Dr. Alfredo Rojas Carvajal.

Dirección General de Prisiones.

Escuela de Enfermeras de la Junta Central de Beneficencia. Delegados: Srta. Elma Frakia y Dr. Valentín Gallinato.

Escuela de Enfermeras Sanitarias de la Universidad de Chile.

Escuela de Servicio Social "Elvira Matte de Cruchaga". Delegado: Srta. Rebeca Izquierdo.

Escuela de Servicios Sociales de la Junta Central de Beneficencia. Delegados: Srta. Cristina Galitzi y Dr. Luis C. Muñoz.

Escuela Experimental de Desarrollo.

Federación de Médicos de la Caja de Seguro Obligatorio. Delegados: Drs. Juan Garafulic J. y Oyama Valenzuela.

Federación de Médicos de Hospital.

Federación de Médicos de Sanidad.

Hospital Barros Luco.

Hospital San Francisco de Borja.

Hospital de San Juan de Dios. Delegados: Dr. Alejandro Bravo y Dr. Jorge Contador.

Hospital de San Luis.

Hospital de San Vicente de Paul.

Hospital del Salvador.

Hospital Manuel Arriarán.

Hospital Roberto del Río.

Instituto Pedagógico.

Junta Central de Beneficencia. Delegado: Dr. Sótero del Río.

Manicomio Nacional. Delegados: Drs. Elías Malbrán y Arturo Vivado.

Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal. Delegados: Dr. Oscar Fontecilla; Dr. Hugo Lea Plaza; Dr. Elías Malbrán; Dr. Arturo Vivado; Dr. Isaac Horvitz; Dr. Octavio Peralta; Dr. Eduardo Brücher.

Sociedad Chilena de Oftalmología. Delegados: Dr. Carlos Charlín y Dr. Raúl Costa.

Sociedad Chilena de Pediatría.

Sociedad de Cirugía. Delegado: Dr. Ricardo Zúñiga.

Sociedad de Cirujanos de Hospital. Delegados: Dr. Carlos Avendaño y Dr. Edmundo Petermann.

Sociedad de Ginecología y Obstetricia.
Sociedad de Oto-rino-laringología. Delegado: Dr. Aníbal Grez.
Sociedad de Urología.
Sociedad Médica de Chile.
Universidad Católica. Delegados: Pbro. Alberto Hurtado y Pdo. Enrique Valenzuela.
Universidad de Chile.
Universidad de Concepción. Delegado: Dr. K. O. Henkel.



PROF. DR. NERIO ROJAS

Delegado de la República Argentina a las Jornadas. Catedrático de Medicina Legal en la Universidad de Buenos Aires.

DELEGADOS Y ADHERENTES

Acevedo, Luis (Chile).
Agüero, Guillermo (Chile).
Aguilar, José Luis (Chile).
Aguirre, Carlos (Chile).
Alcaíno, Alfredo (Chile).
Allende, Fernando (Chile).
Andueza, Juan (Chile).
Arce, Baldomero (Chile).
Arellano Z., Román (Perú).
Arnillas, José Max (Perú).
Arroyo, Víctor (Chile).
Atria, Arturo (Chile).
Austregesilo, Antonio (Brasil).
Avendaño, Carlos (Chile).
Avendaño, Samuel (Chile).
Avendaño, Jorge (Perú).
Avilés, Víctor (Chile).
Bahamonde, Alberto (Chile).
Balado, Manuel (República Argentina).
Barrenechea, Santiago (Chile).
Barrientos, Juvenal (Chile).
Beca, Manuel (Chile).
Benítez, Alberto (Chile).
Bosch, Gonzalo (República Argentina).
Brandau, Valentín (Chile).
Bravo, Alejandro (Chile).
Bulnes de Saavedra, Raquel (Chile).
Brücher, Eduardo (Chile).
Cabezón, Luis (Chile).
Calderón, Santiago (Chile).
Calvo Mackenna, Luis (Chile).
Capelli, Virgilio (Chile).
Caravedo, Baltazar (Perú).
Carbonell, Olga (Chile).
Carrillo, Ramón (República Argentina).
Carvajal, René (Chile).
Castro, Javier (Chile).
Castro, Jorge (Perú).
Chacón, Eusebio (República Argentina).
Charlín, Carlos (Chile).
Clarés, Ramón (Chile).
Contador, Jorge (Chile).

Contardo, René (Chile).
Contrucci, Aldo (Chile).
Corona, Héctor (Chile).
Covarrubias, Alvaro (Chile).
Croizet, Emilio (Chile).
Croxato, Héctor (Chile).
Cruz Coke, Eduardo (Chile).
Cubillos, Luis (Chile).
Dávila, Mauricio (Perú).
Delgado, Honorio (Perú).
Díaz, Moisés (Chile).
Donoso, Ricardo (Chile).
Drapkin, Israel (Chile).
Encinas, José A. (Perú).
Encinas, Enrique (Perú).
Endara, Julio (Ecuador).
Espejo, Luis D. (Perú).
Espíldora, Cristóbal (Chile).
Estapé, José María (Uruguay).
Fontecilla, Oscar (Chile).
Fontecilla, Osvaldo (Chile).
Fontecilla, Rafael (Chile).
Frakia, Elma (Chile).
Fricke, Gustavo (Chile).
Galitzi, Cristina (Chile).
Gallinato, Valentín (Chile).
Gallinato, Alberto (Chile).
Garafulic D., Juan (Chile).
Garafulic J., Juan (Chile).
Glasinovic, Lorenzo (Chile).
González, Max (Perú).
Gorriti, Fernando (República Argentina).
Grant, Guillermo (Chile).
Grez, Aníbal (Chile).
Gutiérrez Noriega, Carlos (Perú).
Henkel, K. O. (Chile).
Hermosilla, Miguel (Chile).
Hernández, Juvenal (Chile),
Herzog, E. (Chile).
Hidalgo, Esteban (Perú).
Hoffmann, Francisco (Chile).
Horvitz, Isaac (Chile).
Horvitz, José (Chile).
Hurel, Carlos (Chile).
Hurtado, Alberto (Chile).
Ibáñez, Abelardo (Bolivia).
Ibar, Jorge (Chile).
Iturra, Waldo (Chile).
Izquierdo, Rebeca (Chile).
Jara, Raúl (Chile).
Jiménez, Acricio (Chile).
Jirón, Gustavo (Chile).
Kaplan, Benjamín (Chile).
Krapf, Eduardo (República Argentina).
Krumdieck, Carlos (Perú).
Labra, Ladislao (Chile).
Landa, Francisco (Chile).

Larraguibel, Armando (Chile).
Larson, Carlos (Chile).
Lastres, Juan B. (Perú).
Lea-Plaza, Hugo (Chile).
Lipschütz, Alejandro (Chile).
Lizárraga, Ernesto (Perú).
Loayza, Fernando (Perú).
Lorente, Sebastián (Chile).
Lozier, Hilda (Chile).
Luco, Joaquín (Chile).
Mackehenie, Daniel (Perú).
Makuc, Adalberto (Chile).
Malbrán, Elías (Chile).
Mardones, Arturo (Chile).
Marquina, Guillermo (Perú).
Marshall, Enrique (Chile).
Mas de Ayala, Isidro (Uruguay).
Matta, José (Perú).
Méndez, Max (Perú).
Michael, Jerónimo (Chile).
Molina, Gustavo (Chile).
Montero, Antonio (Chile).
Morelli, César (Chile).
Morrison, Jorge (Perú).
Muñoz Lobos, Alfredo (Chile).
Muñoz, Luis C., (República Argentina).
Nicolay, Jorge (Chile).
Olivares, Alejandro (Chile).
Orellana, Juan (Chile).
Oribe, Manuel (República Argentina).
Orlando, Roque (República Argentina).
Orrego, Héctor (Chile).
Ortega, Oscar (Chile).
Oyarzún, Jorge (Chile).
Pacheco y Silva (Brasil).
Peirano, Rolando (Chile).
Peralta, Octavio (Chile).
Pereira, Carlos R. (República Argentina).
Pesce, Luis (Perú).
Petermann, Edmundo (Chile).
Piña, Pedro (Chile).
Quiroga, Volney (Chile).
Río, Raimundo del (Chile).
Río, Sótero del (Chile).
Rodríguez, Aníbal (Chile).
Rodríguez, Oscar (República Argentina)
Rojas C., Alfredo (Chile).
Rojas, Nerio (República Argentina).
Rojas T., Humberto (Chile).
Romero, Luis (República Argentina).
Romero, Rómulo (Chile).
Sal y Rosas, Federico (Perú).
Schirmer, Edgardo (Chile).
Schwartzenberg, Carlos (Chile).
Scroggie, Arturo (Chile).
Sepich, Jorge M. (República Argentina).
Sepúlveda, Marco A. (Chile).

Sicco, Antonio (Uruguay).
Trelles, Oscar (Perú).
Urzúa, Alfredo (Chile).
Vaccaro, Hugo (Chile).
Valega, Juan F. (Perú).
Valenzuela, Enrique (Chile).
Valenzuela, Oyama (Chile).
Velasco, Guillermo (Chile).
Verdaguer, Juan (Chile).
Vicuña, Ramón (Chile).
Vidal, Jaime (Chile).
Vila, Gustavo (Chile).
Vivado, Arturo (Chile).
Wehrhahn, Alejandro (Chile).
Zúñiga, Ricardo (Chile).

SESION PREPARATORIA

El Lunes 4 de Enero de 1937 a las 11 hs. se celebró la sesión preparatoria de las Jornadas de Santiago de Chile, bajo la Presidencia del Prof. Oscar Fontecilla, en la Sala del H. Consejo Universitario.

Asistieron numerosos delegados y adherentes: en representación de la República Argentina los Prof. Manuel Balado y Nerio Rojas y el Dr. Luis Romero; el Dr. Luis Ríos Patiño, en representación de Colombia; el señor Alfredo Urzúa, representante de la República de Nicaragua; los Prof. Honorio Delgado y Oscar Trelles, por la República del Perú; el señor Víctor Alvarez, representante de la República Dominicana; en representación del Uruguay los Prof. Alejandro Schroeder y Antonio Sicco y en representación de Chile: los Dres. Agüero, Allende, Benítez, Brücher, Contrucci, Cubillos, Donoso, Fontecilla, señorita Frakia, Dres. Horvitz (Isaac), Horvitz (José), Lea-Plaza, Lizárraga, Malbrán, Mardones, Muñoz Lobos, Peralta, Piña y Vivado.

Dr. FONTECILLA (Presidente).— Señores Delegados: A nombre del Comité Organizador, que tengo el honor de presidir, me es grato saludar a los miembros de las Primeras Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico y presento especialmente nuestro homenaje de simpatía a los delegados extranjeros que, haciendo grandes esfuerzos, han llegado hasta nosotros para ofrecernos su valiosísimo concurso.

Es para mí particularmente grato ver entre los concurrentes a estas Primeras Jornadas a antiguos amigos y colegas cultores entusiastas de la Neurología, de la Psiquiatría y de la Medicina Legal, representantes ilustres de la ciencia Latino-americana.

La República Argentina nos ha enviado a Nerio Rojas de notable extirpe intelectual desde hace años conocido y apreciado en Chile. Nerio Rojas, eminente Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Buenos Aires, personalidad recia, fecunda y generosa, admirado y conocido en toda América y en Europa. Nos ha enviado a nuestro amigo Manuel Balado, sin duda, el más notable neuro-cirujano de la América Latina y uno de los más notables del mundo entero. Nos ha enviado al Dr. Romero como colaborador magnífico del Dr. Balado en experimentos de Fisiología y Fisio-patología del cerebro, que representan un aporte extraordinario para la ciencia pura y para la medicina. Nos ha enviado al Prof. Gonzalo Bosch, Director del famoso Asilo de las Mercedes y actual Presidente de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Buenos Aires.

La República del Perú se hace representar por tres hombres eminentes: el profesor Honorio Delgado, la más alta cumbre de la Psiquatría latinoamericana; el Prof. Trelles, neurólogo distinguidísimo, investigador de primera clase que hontra a nuestro Continente; el Dr

Baltazar Caravedo, cultor incansable de la Higiene mental en el Perú, alienista de profundo saber y destacada experiencia.

La República del Uruguay se ha dignado enviarnos tres hombres de primera clase: el Prof. Sicco que tiene ya una vasta actuación en la Psiquiatría latinoamericana; el Prof. Schroeder, neurólogo de fuste, trabajador incansable, continuador muy digno de los sabios Ricaldoni y Socca y el distinguido jurista Armand Hugon.

Tres Repúblicas americanas se hacen representar fuera de las nombradas en forma muy digna en estas Jornadas: Colombia en la persona del Dr. Ríos Patiño; Nicaragua por el señor Alfredo Urzúa y Santo Domingo por el señor Víctor Alvarez. Para el Comité Organizador es una satisfacción poder dejar constancia del interés y del entusiasmo que han manifestado todos los neurólogos y alienistas de Chile y muchos otros colegas y personas estudiosas que se han adherido a las Jornadas.

Este resultado basta para compensar al Comité Organizador de los esfuerzos que ha tenido que gastar.

Por otra parte, sería completamente ocioso que yo comenzara a analizar aquí las proyecciones que deben alcanzar estas Jornadas Neuro-Psiquiátricas en el desarrollo de la Neurología, la Psiquiatría y la Medicina Legal. Por lo menos para los que habitamos este lado de los Andes, existe ya plena conciencia de que estas Jornadas inician una época muy interesante en el desarrollo de las diversas ramas de la Medicina de que nos vamos a ocupar.

Las futuras Jornadas o, mejor dicho, la serie de Jornadas del Pacífico que se verifican en el futuro irán señalando nuestros progresos que yo estoy seguro serán brillantes. Basta para ello analizar el número de trabajos y el número de trabajadores que se han adherido a este primer llamado que hemos hecho.

Señores Delegados: en nombre de los altos y sagrados intereses científicos y humanos que se van a ventilar en estas sesiones, os propongo que comencemos esta notable tarea inmediatamente.

Prof. FONTECILLA. — Se procederá a elegir la Mesa Directiva que regirá el desarrollo de este Congreso.

Prof. NERIO ROJAS. — Yo creo que dada la capacidad que na demostrado ya este Comité Chileno que ha hecho todos los preparativos de las Jornadas lo que corresponde es simplemente reelegir esta misma Comisión en carácter de definitiva para que presida estas sesiones. Como delegado de mi país, amigo y hermano de Chile, creo de mi deber emitir una felicitación por la organización tan brillante de estas Jornadas y al mismo tiempo insiste en que se reelija a la misma Comisión para que presida las sesiones.

Prof. HONORIO DELGADO. — Me adhiero a la propuesta del Dr. Nerio Rojas y también me permito felicitar muy calurosamente a la Comisión Organizadora de estas Jornadas porque ha hecho una labor intensísima en muy corto tiempo y que espero sea de grandes resultados. Nadie mejor que el Dr. Fontecilla debe presidir estas sesiones.

Prof. ANTONIO SICCO. — Yo adhiero a las palabras del Dr. Rojas y uno mis felicitaciones a las de los Dres. Rojas y Delgado. Creo es de estricta justicia nombrar a la Comisión Organizadora para que continúe dando éxito a estas sesiones.

Prof. FONTECILLA.— Ofrezco la palabra sobre el punto en discusión.

Me permito agradecer a nombre de la Comisión Organizadora, este homenaje de simpatía de los Delegados extranjeros. Por mi parte, comprendo que en presencia de hombres de tantos méritos como los reunidos aquí, yo no soy de los llamados a dirigir estas Jornadas; pero, con el propósito de no perturbar el desarrollo de esta sesión, me inclino ante la opinión benévola de mis colegas y acepto. Pero, acepto con una condición: Que se me prometa aceptar las presidencias de las sesiones que se van a desarrollar y que voy a proponer.

Si no hay oposición, damos por terminado este punto y pasamos a considerar lo que voy a proponer. Propongo la siguiente lista de presidentes de sesiones:

Primera sesión de trabajos: Prof. Honorio Delgado.
Segunda sesión de trabajos: Prof. Nerio Rojas.
Tercera sesión de trabajos: Prof. Oscar Trelles.
Cuarta sesión de trabajos: Prof. Alejandro Schroeder.
Quinta sesión de trabajos: Dr. Baltazar Caravedo.
Sexta sesión de trabajos: Prof. Antonio Sicco.
Séptima sesión de trabajo: Prof. Gonzalo Bosch.
Octava sesión de trabajo: Prof. Manuel Balado.
Novena sesión de trabajo: Prof. K. O. Henckel.

Dejo hecha mi proposición para que los Delegados las discutan y hagan las observaciones del caso.

Si no hay oposición damos por terminado este punto.

Aprobado.

Corresponde, ahora, discutir y resolver sobre el Reglamento de las Jornadas Neuro-psiquiátricas del Pacífico. El Comité Ejecutivo ha elaborado un proyecto que necesita la sanción de la Asamblea.

Como se trata de un asunto de importancia me permitiré leer el Reglamento.

Se da lectura al siguiente proyecto de Reglamento:

Artículo 1.º—Las Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico tienen por objeto reunir cada dos años a los profesionales que se ocupan de Neurología, Psiquiatría y disciplinas afines con el propósito de vincularlos más estrechamente para fomentar el progreso científico de estas ramas médicas y difundir las enseñanzas que de él se deriven.

Art. 2.º—La sede de las Jornadas será alguna de las ciudades universitarias sudamericanas de la costa del Pacífico que se determine en la reunión de clausura por los delegados de los diferentes países.

Art. 3.º—La Primera Reunión será organizada por la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Santiago de Chile, la que se encargará de designar en fecha oportuna la Comisión Organizadora.

Art. 4.º—Las sesiones de la Primera Reunión se verificarán entre el 4 y el 11 de Enero de 1937.

Art. 5.º—Serán miembros de las Jornadas: los delegados de los diferentes países, los representantes de las Instituciones adherentes y los cultores de las diferentes especialidades que hayan enviado trabajos o manifestado su adhesión.

Art. 6.º—Los temas oficiales y los relatores de las Jornadas de 1937, serán los siguientes:

NEUROLOGIA:

I.—Valor de los signos de localización en el diagnóstico topográfico de los tumores cerebrales. Prof. Trelles (Lima, Perú). Prof. Lea Plaza (Santiago de Chile).

II.—Tratamiento de los tumores cerebrales. Prof. Manuel Balado (Buenos Aires, República Argentina).

PSIQUIATRIA:

III.—Concepto psicopatológico y delimitación clínica de la demencia precoz, Prof. Honorio Delgado (Lima, Perú).

IV.—Clasificación de las Enfermedades Mentales y posibilidad de uniformarla en Sudamérica. Prof. Julio Endara (Quito, Ecuador).

PSIQUIATRIA FORENSE:

V.—Normas recomendables para la elaboración de los informes de psiquiatría forense. Prof. Nerio Rojas (Buenos Aires, República Argentina). Prof. J. Vidal Oltra (Santiago, Chile).

ENSEÑANZA PSIQUIATRICA:

VI.—Metodología de la Enseñanza de la Psiquiatría. Prof. Oscar Fontecilla (Santiago, Chile).

ASISTENCIA DE ALIENADOS:

VII.—Organización de la Asistencia de los Alienados. Dr. Isidro Mas de Ayala (Montevideo, Uruguay). Dr. Elías Malbrán (Santiago, Chile). Dr. Baltazar Caravedo (Lima, Perú).

Art. 7.º—Se aceptarán, además, trabajos libres sobre otros temas de Neurología, Psiquiatría y disciplinas afines. Estos trabajos serán presentados a las Jornadas, previo examen por la Comisión Organizadora.

Art. 8.º—Para cada tema oficial se designarán uno o más relatores, los que deberán enviar su ponencia a la Secretaría General de las Jornadas, a lo menos quince días antes de la inauguración.

Cada relación debe ser acompañada de un resumen.

Art. 9.º—La Comisión Organizadora distribuirá los diferentes temas oficiales y no oficiales y hará el programa de las sesiones y de las Jornadas en general.

Art. 10.—Cada relator oficial podrá disponer hasta de 40 minutos para la lectura de su trabajo o un resumen del mismo. En la discusión, cada miembro tendrá derecho a usar de la palabra por espacio de 10 minutos y el relator dispondrá de 20 minutos para replicar.

Art. 11.—En los temas libres, cada autor dispondrá de 10 minutos para la lectura de su trabajo o un resumen del mismo y los miembros de las Jornadas de 5 minutos cada uno para discutir.

Art. 12.—La Comisión Organizadora se preocupará del financiamiento de las Jornadas, para lo cuál solicitará el apoyo del Gobierno y de las Instituciones universitarias. Además, cada adherente deberá cancelar una cuota de cincuenta pesos ($ 50). Tendrá así derecho a recibir las publicaciones de las Actas de las Jornadas.

Art. 13.—En la sesión de clausura de las Jornadas se determinará la sede de las reuniones siguientes y la Clínica Universitaria que tendrá a su cargo su organización; se harán las sugestiones que los miembros juzguen útiles para la elección de temas y para la reforma del presente reglamento.

Art. 14.—La Secretaría General y Permanente de las Jornadas, encargada de la conservación de toda la documentación relativa a las



Dr. Honorio Delgado

Profesor de Psiquiatría y Neurología de la Universidad de Lima.

Delegado del Perú a las Jornadas.

Relator del tema sobre psicopatología de Esquizofrenia

mismas, correrá a cargo de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Santiago de Chile.

Prof. FONTECILLA. — Pongo en discusión general el Reglamento que se ha leído. Ofrezco la palabra.

Prof. DELGADO. — Como este Reglamento va a ser definitivo yo creo que sería necesario suprimir el Art. 6.º y formularlo de una manera general. De este modo se puede utilizar en las futuras Jornadas.

Prof. FONTECILLA. — En discusión la proposición del Prof. Delgado.

Prof. SICCO. — No creo necesaria la discusión artículo por artículo. Estas Jornadas Neuro-psiquiátricas del Pacífico han representado y representan una necesidad. En la forma en que han sido planteadas, la sede deberá quedar limitada a una ciudad del Pacífico; pero, de hecho, han intervenido todos los países latino-americanos y han sido todos ellos invitados. Por esto, soy de opinión de no reducir su nombre a Jornadas Neuro-psiquiátricas del Pacífico, de no reducir esta iniciativa tan feliz a su orijen, sino hacerla Latinoamericana, a la manera de las Conferencias Latinoamericanas de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal. Esto no significa la muerte de ellas, sino engrandecerlas. Por eso, propongo denominar las futuras reuniones de estas Jornadas Conferencias o Congresos Latinoamericanos de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal.

Propongo, como se trata de una nueva organización, que sean los mismos organizadores de las Jornadas y que sea la Clínica Psiquiátrica de Chile la encargada de proyectar la nueva proposición.

Esta proposición tiene por objeto postergar la decisión hasta la Clausura del Congreso, mientras estas ideas se concretan.

En síntesis, mi proposición consiste en no darle a las Jornadas esta apariencia limitada.

Prof. FONTECILLA. — La idea de organizar Jornadas Neuro-psiquiátricas del Pacífico nació, en parte, del espíritu de imitación. Desde hace algunos años se verifican en la costa del Atlántico, las Jornadas Neuro-psiquiátricas Rioplatenses. Consideramos que lo lógico era que los países más inmediatos y vecinos como Brasil, Uruguay y Argentina se visitaran con más frecuencia. Nosotros aparecemos geográficamente más a un lado.

En el hecho, aquellas reuniones tenían su orijen en la vecindad y por casualidad me encontré en Montevideo en una de ellas. No quiero hacer un reproche, pero ni siquiera nos invitaron.

Hemos pensado, entonces en reunir a los países de este lado. Es este el origen histórico de este movimiento. No vamos a pretender nosotros, contando con tan escasos elementos, invitar a Conferencias Latinoamericanas. En seguida, a pesar de las circunstancias locales, que nos llevaban por ese camino, quisimos que esas reuniones fuesen lo más amplias posibles y la Universidad de Chile invitó a todas las Universidades de América, incluso Estados Unidos y Canadá, de los cuales hemos recibido numerosas adhesiones y no han mandado delegados por circunstancias especiales. Pero el interés de los norteamericanos ha sido manifiesto. En el hecho, las Jornadas son Panamericanas. Ya nos han comprometido varias universidades norteamericanas para establecer relaciones bibliográficas y de otra índole.

De suerte, que en resumen, queda explicado el orijen de este movimiento.

Encuentro muy interesante la sugestión del Prof. Sicco; pero, no

es muy viable la posibilidad de hacer revivir las Conferencias Latinoamericanas. Debemos reconocer y creo que los colegas del Pacífico estarán acordes conmigo en que el Brasil, Uruguay y la Argentina, en el orden del desarrollo de estos ramos, se encuentran más adelantados. No me opongo a la proposición del Dr. Sicco, pero quiero que se discuta porque es un asunto de mucho alcance.

Prof. ROJAS. — Primero, hay que aprobar el Reglamento para estas Jornadas y propongo que el Reglamento se apruebe tal como está.

En cuanto a la otra cuestión es un asunto más amplio y creo que debe quedar como sugestión para establecer la organización de las próximas Jornadas. Desde ya, manifiesto mi adhesión a la idea del Prof. Sicco.

El propósito de estas Jornadas es resolver problemas científicos. Seamos leales y si deseamos que desaparezcan las Jornadas del Pacífico también deben desaparecer las Jornadas Rioplatenses.

Prof. FONTECILLA. — Yo me permitiré adherir a la idea del Dr. Rojas en el sentido de discutir el Reglamento con que nos vamos a regir estos días y dejar el otro asunto para la sesión de Clausura con la condicición de que los Delegados se ilustren bien sobre el particular y propongo el nombramiento de una Comisión que estudie la proposición del Dr. Sicco y nos informe porque la cosa es delicada. En estas reuniones es muy fácil hablar de Congresos y después hay dificultades para realizarlas; pero, estas dificultades también se pueden vencer. Me permitiré proponer una Comisión compuesta por los Profesores Delgado, Rojas y Sicco y el Dr. Horvitz, secretario de estas Jornadas.

Prof. SICCO. — Quiero hacer ante, sin embargo, una aclaración. No he deseado que desaparezcan las Jornadas. Probablemente no se distingue bien que las Jornadas Neuro-psiquiátricas Rioplatenses son simples reuniones extraordinarias de las Sociedades de Psiquiatría y Neurología de Buenos Aires y Montevideo. Es una cosa modesta relativamente sencilla y por eso tiene asegurado su éxito. De manera que podrán subsistir perfectamente las Jornadas en el Pacífico y las Rioplatenses en el Atlántico, sin perjuicio que de cuando en cuando con mayor extensión se verifiquen las Conferencias Latinoamericanas.

Quiero dejar constancia de que no ha existido en mí ánimo el deseo de tratar de que estas Jornadas desaparezcan.

Prof. LEA PLAZA. — Estoy de acuerdo con las palabras del Prof. Sicco. Las Jornadas Neuro-psiquiátricas del Pacífico y las Conferencias Latinoamericanas de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal son cosas distintas.

Para la próxima Conferencia Latinoamericana se ha fijado como sede Santiago y fuí yo la persona encargada de organizar esta Conferencia. De modo que me adhiero en forma muy amplia a las palabras del Dr. Sicco.

Prof. FONTECILLA. — En resumen, la proposición del Dr. Sicco queda excluída, desde el momento que el Dr. Lea Plaza quedó obligado a cumplir el deber de organizar las Conferencias Latinoamericanas. Tendremos que volver al punto de partida, a discutir la proposición del Prof. Delgado en cuanto a la modificación del Art. 6.º en el sentido de no resolver en definitiva sobre el Reglamento de las Jornadas sino en la última sesión y para ello me permitiré nombrar una comisión que informe.

Prof. SICCO. — Me adhiero a esa idea.

Prof. FONTECILLA. — Se nombra una comisión formada por los Delegados nombrados para que en la última sesión nos informe so-

bre este Reglamento y proponga los arreglos que estime conveniente.

Ofrezco la palabra sobre otro asunto que no esté en tabla y que pueda tener interés para el desarrollo de las Jornadas.

Como no hay más que tratar levantamos la sesión y quedamos comprometidos para asistir a la sesión inaugural.

SESION INAUGURAL

La solemne sesión inaugural tuvo lugar en la tarde del 4 de Enero de 1937. Un numeroso público compuesto especialmente por Delegados y adherentes al Congreso llenaba totalmente el Salón de Honor de la Universidad de Chile.

Los lugares honoríficos de la Mesa Directiva eran ocupados por los Excmos. Ministros de Educación y Salubridad, señores Francisco Garcés Gana y Joaquín Prieto, respectivamente; el señor Rector de la Universidad de Chile, Prof. Juvenal Hernández; el señor Decano de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas, Prof. Armando Larraguíbel; el señor Presidente de la Primera Reunión de las Jornadas, Prof. Oscar Fontecilla; el Prof. Nerio Rojas, Delegado de la República Argentina; el Prof Honorio Delgado, Delegado del Perú; el Prof. Antonio Sicco, Delegado del Uruguay, y el Dr. Isaac Horvitz, Secretario General de esta reunión.

La sesión fué amenizada por algunos números de concierto a cargo de distinguidos alumnos del Conservatorio Nacional de Música.

DISCURSO DEL PROF. JUVENAL HERNANDEZ, RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE:

"Por iniciativa de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, y bajo los auspicios de la Universidad de Chile, inauguramos hoy estas reuniones académicas que los organizadores han querido designar con el nombre de Jornadas Neuro-psiquiátricas del Pacífico. Forman ellas partes del plan de extensión y ayuda mútua que nuestra Casa de estudios se ha trazado en concordancia con las aspiraciones de las demás Universidades del Continente. En la comunión de ideas y de afectos creada entre el alma chilena y la de los demás países americanos, este momento tiene, pues, un bello significado: un impulso de armonía y cooperación se ha establecido en el campo de la ciencia que tiene en este caso como intermediario el espíritu de nuestra Universidad, viejo hogar del saber que, a través de casi un siglo de labor intensa en pro de la cultura y el progreso, ha mantenido el corazón abierto a todas las expansiones de la vida.

Un soplo de amplia y universal fraternidad circula por

las aulas y corredores de esta mansión de ideas, porque estamos seguros de que la perfección no brota sino del conjunto, de la comunidad. Las viejas Universidades de claustro cerrado murieron en la consunción o en la miseria, creada por su propia insuficiencia, mientras su espíritu iba a animar con rumores de vida otras solitarias y hasta entonces ignoradas escuelas lejanas.

La ciencia para que se haga amplia y profunda debe estudiarse y apreciarse comparativamente; mientras más concretas y abundantes sean sus conclusiones, más y más requieren la revisión y el control del experimento ajeno. Por eso nuestros especialistas han querido promover reuniones periódicas con sus colegas del Pacífico para meditar juntos y deliberar sobre las cuestiones que la realidad plantea en cada uno de sus países en relación con la psiquiatría y demás ciencias afines como la neurología, la psicología, la endocrinología, etc.

Más que en toda otra época, los problemas concernientes a los fenómenos psíquicos tiene hoy destacada importancia, si bien en nuestros países no se presta todavía la atención que merece a las consecuencias sociales que acarrean los trastornos de esta especie. Es preciso impulsar el estudio y la práctica de la higiene y de la profilaxia mentales, de acuerdo con los conocimientos más y más precisos sobre los fenómenos de carácter mórbido que antes figuraban sólo en los programas de Medicina Legal; así como se lucha contra el cáncer, la tuberculosis, la sífilis, etc., es indispensable intensificar nuestros esfuerzos contra las afecciones psiquiátricas y los trastornos del sistema nervioso.

Si es verdad que estas afecciones han existido siempre entre los hombres, en nuestra época existe, indudablemente, un acrecentamiento notable de tales procesos psíquicos, lo que ha solido llamarse "el nerviosismo contemporáneo", producido tal vez por la depresión y las inquietudes de todo género que afronta hoy día la Universidad. El exceso de trabajo, "el surmenage" crónico de las gentes, acarrea la fatiga nerviosa, con todas sus consecuencias, y el exceso de emociones produce una hipersensibilidad afectiva que da origen a la psicastenia, al auto-análisis obsesionante, etc.

De la importancia social de los problemas que encierra la psiquiatría hablan muy claro las estadísticas relativas al número de alienados y enfermos mentales internados en las Clínicas, aparte de los que viven fuera de todo control. Este número aumenta en progresión pavorosa: así, había en 1877, 40.375 personas asiladas en los manicomios alemanes, y en 1926 esta cifra ascendía a 252.758. En los Estados Unidos de Norte América la cifra de las enfermedades menta-

les se ha duplicado desde 1904 a 1929, y en solo París se calcula en 100.000 el número de estos desgraciados.

No es menos trágica la suma que cada país gasta en la atención de los enfermos mentales por servicios de hospitalización, internado, justicia, ayuda y socorro, etc. La estadística de 10 años en los Estados Unidos demuestra que estos servicios han costado a la colectividad la fantástica suma de 3.000.000.000, de dólares sólo en lo que se refiere a las familias de degenerados por causa de alcoholismo.

Estas cifras, tomadas al azar, destacan la trascendencia de las Jornadas que hoy inauguramos. La circunstancia de concurrir a ellas representantes de nueve países hermanos indica, también, el interés que han despertado en los círculos científicos de América y el grado de progreso alcanzado por la neurología y psiquiatría en nuestros estudios de medicina. El número y la calidad de los trabajos presentados aseguran, desde luego, el éxito de las deliberaciones y afianzan en nuestras Universidades el porvenir de la ciencia que hace apenas un siglo fundara Pinel y Esquirol con sus célebres trabajos sobre la Manía y la Monomanía.

Al inaugurar esta Asamblea científica en nombre de la Universidad de Chile, es para mí especialmente grato presentar también nuestro saludo a las delegaciones extranjeras que concurren a ella. El aporte valioso de su experiencia y de su celo profesional compromete nuestra gratitud, y nuestros modestos laboratorios conservarán siempre el recuerdo de sus consejos y enseñanzas, de sus trabajos, sobre los cuales otros investigadores afanosos y muchos centenares de alumnos seguirán levantando el interminable edificio de la ciencia psiquiátrica."

DISCURSO DEL PROF. ARMANDO LARRAGUIBEL, DECANO DE LA FACULTAD DE BIOLOGIA Y CIENCIAS MEDICAS:

"Me llena de intensa satisfacción saludaros en nombre de la Facultad de Medicina de Chile, no sólo por el valor intrínseco que representáis como hombres de ciencia dentro y fuera de vuestras propias fronteras, sino porque, desde antiguo, desde que me inicié en las labores profesionales y más tarde, en las labores docentes, fué intensa preocupación mía no olvidar que la Anatomía y la Fisiología que conocemos actualmente, no bastan para comprender al hombre y sus enfermedades, que es necesario además tomar en cuenta constantemente los problemas que nacen en los territorios en que se confunden la Fisiología con la Psicología.

Por ésto, porque vosotros habéis tomado para vuestros

hombros la tarea enorme de iluminarnos en esta difícil rama de los conocimientos médicos; por ésto, es que será para mí de profundo interés concurrir a vuestros debates; que yo necesito para atenuar la preocupación mía a que he hecho referencia, iniciarme en los dominios de la Psiquiatría.

Es que a mi juicio todo médico general o especializado necesita valorar el momento psíquico que toma parte en la estructura del cuadro mórbido que debe atender.

La mayor parte de los enfermos tratan de relacionar sus síntomas con una perturbación orgánica que ubican generalmente con toda decisión y así en muchas ocasiones, disfrazan ante el médico su cuadro patológico. En muchos de estos casos es la familia del enfermo la que nos llama la atención hacia la modalidad psíquica de la sintomatología y si, como ocurre frecuentemente, un enfermo de esta clase evita que el médico hable con los suyos, se llega a comprender, dándole también todo su valor a nuestra ignorancia, que los psiquiatras afirman que el 50% de las camas de un Hospital pueden estar ocupadas por tales enfermos.

Cerebro, sistema nervioso vegetativo y glándulas de secreción interna forman una trinidad indisoluble. Por consiguiente, la función perturbada en una de las ramas de esta trinidad repercute sobre las otras dos y de estas una o ambas hacen propia la perturbación que tratamos de analizar. De aquí se deduce que los desórdenes psicológicos, pueden tener su origen en todos los órganos.

Organicista decidido, yo pido una perturbación de la estructura para explicar toda perturbación funcional. Y cuando no encuentro una estructura alterada, pienso que la bio-química celular habrá de llenar un día la laguna presente y con gran ventaja para la medicina porque así encontraremos, posiblemente, a la célula en el estado de una probable **restitutio ad-integrum.**

A pesar de esta laguna, el médico debe mirar al hombre como una unidad. Para llegar a este ideal, necesita cierta suma de conocimientos reales: Anatomía, Fisiología, Biofísica, Bio-química, Farmacología, Higiene, etc.; pero, además, necesita unir estos conocimientos para aplicarlos en cada caso particular por medio de un razonamiento que busca su fórmula, muchas veces, en la Psicología. Pero, ésto no significa que no sigamos pidiéndole sus secretos a la estructura y sus reacciones a la bio-física y a la bio-química.

El médico debe recordar aun que el hombre es una unidad social de la que se espera un rendimiento. Por lo tanto el médico debe ser sociólogo todavía, camino que nos conduce a un terreno fecundo en hechos pero también fecundo en teorías.

Sin embargo, ni la psicología ni la sociología, forman parte en el mayor número de las Universidades, de los planes de estudios médicos. ¿En qué sitios de éstos se las podría ubicar? Además, la complejidad de ellas haría muy difícil, si no se hace profundamente elemental, la elaboración de programas de sociología y de psicología médicas.

Por otra parte es conveniente que el conocimiento de los hechos sea la base del médico y no el conocimiento de las teorías que, como dice Nano, son como los andamios, buenos solo mientras se construye el edicicio. Pero así como sería ilógico destruir los andamios antes de terminar el edificio, yo estimo que es indispensable que se enseñe psicología y sociología a los médicos, no a los estudiantes.

En el Auditorio de Honor de cada escuela médica del mundo debe funcionar a permanencia un curso profundo sobre tales disciplinas.

Perdonad mi atrevimiento, que no otra cosa significa que yo trate de caminar por senderos que solo conozco de vista. Pero, es que vosotros, nuestros huéspedes, debéis estar empapados, antes que nada en la seguridad de que vuestra visita nos va a ser muy útil, porque tengo, porque tenemos profundo interés por los estudios a que os habéis dedicado".

DISCURSO DEL PRESIDENTE DE LAS JORNADAS NEURO-PSIQUIATRICAS DEL PACIFICO, PROFESOR OSCAR FONTECILLA,

En nombre del Comité Organizador, cumplo con el grato deber de expresar nuestro profundo agradecimiento al Gobierno y a la Universidad de Chile, tan dignamente representados en esta ceremonia inaugural, por el constante apoyo que nos han prestado en la preparación de estas reuniones cuya importancia las eleva ya a la categoría de un verdadero congreso internacional. Y estoy seguro de traducir el sentimiento de todos los médicos chilenos al saludar con nuestra máxima cordialidad a los colegas extranjeros que, salvando tan largas distancias, han acudido a nuestro llamado desde uno y otro lado de los Andes para dar a estas Primeras Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico un amplio carácter panamericano que me complazco una vez más en subrayar.

No deseo herir la modestia de mis eminentes amigos, pero me es imposible desconocer el hecho de que este congreso constituye un acontecimiento de la más alta significación espiritual para nuestro país, por la calidad de los



PROF. JULIO ENDARA

Catedrático de Neurología y Psiquiatría en la Universidad Central de Quito. Relator oficial del tema sobre clasificación de Enfermedades Mentales.

hombres que nos envían como delegados las naciones hermanas.

Todos ellos valen por sí mismos, en forma extraordinaria y con absoluta independencia de los cargos que sirven. No son, pues, ni políticos ni diplomáticos ni representantes más o menos temibles de las fuerzas bélicas o económicas. Se trata de investigadores y de sabios, de maestros y de filósofos, en el más viejo y hondo sentido de esta palabra. He tenido la suerte, el placer y la honra de conocerlos mucho y voy a revelar aquí el secreto que los une en una hermandad íntima, indisoluble y ejemplar: son todos idealistas incurables, seres extraños en este siglo de apariencia brutal, pues persiguen con tenacidad de santos el bien común a través de la verdad.

En esta época tan grande, pero confusa, de líneas majestuosas pero que parecen converger como un signo fatídico al plano de un materialismo primario, a muchos parecerá risible que se hable de ideales y de hombres que viven para cultivarlos. Y, sin embargo, nunca se habrá dado menos motivo para sonreir siquiera, si recordamos que el ideal es la esperanza indestructible de algo mejor, la protesta involuntaria contra el presente, el fermento del porvenir, la razón de la perfectibilidad humana, según el bello decir de un gran pensador helvético.

Ya sabéis, señores, quiénes son estos insignes varones que dan a nuestras modestas reuniones neuro-psiquiátricas una dignidad inusitada.

Son idealistas de la mejor calidad: de los que buscan el orden nuevo a través de la investigación, de la técnica y de la observación científicas, esto es, evitando con un cuidado máximo lo ilusorio y lo fantástico, sin dejar por ello de poner al mismo tiempo en la noble tarea el más profundo y puro sentimiento religioso, el sentimiento inexpresable del eterno misterio que rodea al hombre.

Ellos saben muy bien que el mundo va desde el enigma originario hacia el enigma final y que el mundo en sí es y será un perpetuo enigma. Pero entre uno y otro polo del estupendo devenir, creen que nuestro planeta se halla apenas en la mitad de sus experiencias y la humanidad está talvez más cerca de la aurora que del ocaso. En efecto, la obra del hombre se revela esencialmente como un esfuerzo incesante para salir de la animalidad hacia una espiritualización completa y nadie podrá afirmar que esta tarea, particularmente difícil, se halla muy avanzada. Se oponen a ella toda suerte de obstáculos. El régimen de bienestar y de justicia para todos, la estructuración de la ciencia y de la moral, todo eso y mucho más apenas se esboza. Cau-

sas perturbadoras y retardatrices múltiples alteran este gigantesco trabajo, en el cual, como afirma Guillermo Federico Amiel, participan los continentes, las naciones y las razas. La humanidad se acerca poco a poco a su unidad física: una vibración en un punto cualquiera puede ya comunicarse casi instantáneamente a todo el globo. Pero la educación del mundo como un conjunto solidario apenas comienza. Todavía la conquista de un pueblo por otro pueblo es una acción gloriosa. Hasta ahora, todos los ensayos de orden parecen cristalizaciones locales y rudimentarias. Felizmente, las posibilidades se multiplican, están a la vista y no hay necesidad de enumerarlas. A pesar de todas las apariencias ingratas, el mundo presiente la hora de su unidad armónica, tan ciegamente, pero también tan tenazmente buscada a través de las edades.

Singular y emocionante espectáculo éste del ser humano lanzado sobre la tierra para cumplir tamaña aventura. Si miramos bien, veremos que cuanto llamamos progreso está representado siempre por etapas que nos acercan más y más, grado por grado, a ese grandioso fin. Un ferrocarril que cruza las altas montañas, o que une el corazón de un continente con las orillas del mar; un cable que se tiende por el fondo del océano, una máquina que lanza sus ondas o sus alas a través del espacio, todo nos lleva por el misterioso camino que parece trazar una mano invisible, omnipotente y sabia.

Y cuando pensamos que es el cerebro con su función psíquica el instrumento específico del progreso humano, debemos reconocer que no puede haber cosa más apasionante que las disciplinas, diversas pero complementarias, cultivadas por los miembros de este congreso.

El interés general por los problemas neuro-psíquicos es hoy evidente y crece de día en día, abarcando sectores cada vez más amplios de la población en todos los países del mundo. Tal interés no necesita justificarse.

Parece que al fin el hombre comienza a sentir y a sospechar, ¡cuánto ha tardado!, que es su vida psíquica lo que él más vale y principia a inquietarse por adquirir alguna noción de su mecanismo asaz oscuro.

Los estudiosos, entretanto, desde hace más de un siglo, se han dado a la labor ingente de explorar el mundo psíquico, normal y patológico, desde todos los ángulos posibles y con todos los métodos que las técnicas modernas han propuesto. Sería imposible resumir aquí esa cantidad inmensa de trabajo. Bástenos decir que hoy conocemos algo de las grandezas y miserias del psiquismo. Se ha observado bastante la vida mental a través de su evolución fisiológica,

desde el nacimiento hasta la muerte y se han anotado con suficiente detalle sus fallas de diverso orden, desde el simple desequilibrio más o menos manifiesto hasta la enfermedad propiamente dicha, con sus varias eventualidades, de curación, recidiva, cronicidad, término letal. ¿Os imagináis la vastedad del campo que abarcan estos estudios? ¿La infinidad de problemas que se nos plantean? ¿Calculáis la emoción que domina al investigar sorprendiendo, anotando y sistematizando los primeros y delicados movimientos del alma infantil, los desconcertantes trastornos de la locura, las dramáticas tempestades que conducen al crimen, las maravillosos y fecundas vibraciones del talento y del genio, los impulsos sobrehumanos que terminan en la santidad y el heroísmo?

No han faltado las tentativas de explicación genética de todos estos fenómenos y se diseñan las líneas generales de una buena terapéutica, higiene y profilaxia mentales. Se consangran, por último, ciertos principios asistenciales que comienzan a difundirse por el mundo entero.

Pero todo esto, debemos decirlo, no ha transpasado aún los linderos del puro empirismo. Reconozcamos que, por muy avanzadas que parezcan y en realidad estén, ni la Psicología ni la Psicopatología se han elevado aún a la categoría de ciencias. Hacia allá marchan, sin duda, y allá llegarán. Pero, entre tanto, nos preguntamos: qué trecho del camino se ha recorrido? ¿Cuánto nos separa de la meta? Y es precisamente este interesantísimo balance la tarea esencial de estos congresos que, con la denominación de Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico, se inician hoy en nuestra América bajo los más felices y prometedores auspicios.

Por primera vez se reúnen en Chile los alienistas y neurólogos, y a nuestro amistoso llamado, como lo veis, han acudido también brillantes delegaciones extranjeras. Tenemos delegados de la República Argentina, Uruguay, Perú, Colombia, Panamá, Nicaragua y Santo Domingo; pero espiritualmente se halla presente la América entera, pues de todas partes hemos recibido cooperación valiosa. Todos los temas oficiales, de alto interés práctico y científico, serán tratados por relatores de vastísima experiencia y profundo saber, con excepción, por desgracia, de los que correrán a mi cargo. El número de trabajos libres sobrepasa la centena, y por su calidad hay algunos que representan contribuciones neuro-psiquiátricas de gran valor. Desde luego, puede decirse que el éxito de estas jornadas supera todas nuestras expectativas.

Señores delegados: siento que en el fondo de vuestros

corazones se agitan los más nobles anhelos y las más bellas esperanzas. Días magníficos de labor intensa y de esfuerzo fecundo nos aguardan. Los frutos de este torneo serán espléndidos y estoy feliz de haber contribuído con algo a prepararlo y realizarlo.

DISCURSO DEL PROF. DR. NERIO ROJAS, DELEGADO DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Llego hasta vosotros en el trance de esta tarde, abrumado bajo el prestigio histórico de esta Universidad, con el alma transida de tres emociones concéntricas: la de argentino, la de médico y la de hombre.

Hay en mi emoción de argentino un estremecimiento que viene del fondo de la historia y que como un mensaje o una resurrección se concentraba en mi conciencia hace dos días cuando cruzaba la cordillera. Mientras mis ojos se deslumbraban ante la maravilla enorme, surgían, yo no sé si del paisaje o de la historia, los recuerdos de nuestra vida común, y pensaba que por esas mismas rutas que el hombre autóctono consagró habían pasado hacia el Este capitanes de Valdivia, el alma de hierro desplegada y henchida como una vela bajo los vientos del heroísmo, de la ambición y de la fe, para fundar ciudades que hoy son argentinas. Las mismas rutas cruzadas esta vez hacia el oeste por el capitán argentino y sus soldados, los héroes de la abnegación que hicieron la independencia americana. Las mismas rutas, en fin, que en un día aciago para mi patria cruzaron también muchos héroes civiles de la organización, que encontraron aquí pan y refugio, como Alberdi, que escribió en Quillota algunas de sus mejores páginas, y como Sarmiento, que escribió al partir en la piedra andina, gemela de granito de su carácter, la frase "On ne tue pas les idées", como si hubiera querido dejar ese pensamiento como una ejecutoria para esta América de la libertad política y de la justicia social.

Emoción de médico también, pero no de médico preocupado tan sólo por el problema individual de sus recetas, dadas con más facilidad que eficacia, sino de médico inquieto por los problemas sociales de estos pueblos de América. Hay en estos países un problema fundamental: organizar al hombre americano que ha de ser una fusión del indio primordial, del español conquistador y de los europeos emigrantes. Para ello será necesario resolver aquí entre nosotros problemas morales de justicia, problemas

económicos de trabajo y problemas higiénicos de salud. En esa tarea continental, el esfuerzo de los médicos ha de ser decisivo, y con ello habremos dado jerarquía histórica a nuestro continente y habremos salvado nuestra democracia que será, como antes, la razón de nuestra vida política.

Emoción de hombre también, he dicho. No podía olvidar que nos encontrábamos en una reunión de especialistas en materias humanas por excelencia. Hay una parte de la medicina que se confunde en mucho con la veterinaria, y eso lo digo sin intención desfavorable, pues resulta la más firme como ciencia y como eficacia. Pero es evidente que el estudio de las enfermedades mentales es por definición exclusivamente humano. Nuestras especialidades, las que vamos a profundizar en estas Jornadas, tienen por eso un ámbito lleno de preocupaciones sociales y de perspectivas metafísicas. La Psiquiatría nos muestra el drama recóndito de nuestros instintos y nuestra conciencia, en ese conflicto de personajes siniestros y angélicos que son nuestros deseos, nuestra ambición, nuestros sacrificios, nuestro fracaso, nuestra angustia, nuestra voluntad, nuestro amor, nuestras pasiones, nuestros ideales. La Psiquiatría es, por eso, una lección de tolerancia, pues nos muestra desde las bambalinas, ese drama, a veces heroico y a veces grotesco, pero siempre grandioso, que es la lucha y el dolor del hombre sobre la tierra.

La Medicina Legal es el complemento de todo ello, y no creo que haya en medicina una especialidad de perspectivas más vastas. Ella vive en la atmósfera de la justicia, vale decir, del amor y la equidad, y sorprende y estudia al hombre como un ente social, para analizarlo en sus choques, ya sea en la caída del crimen o el conflicto de sus intereses.

Señores: He ahí las emociones que llenaban mi espíritu hace pocas horas, cuando urgentemente redactaba estas páginas. Y era justo que así fuera, pues iba a tomar contacto con el público de Chile. Estamos en Chile, el gran país hermano. Chile, en el cual saludamos la continuidad de sucesivos avatares: el primitivo de los araucanos, el de Valdivia y la conquista, el de O'Higgins y la independencia, el de Vicuña Mackenna y la organización.

Por esos cauces llegamos también a la unidad del continente, y como nunca me siento hoy americano.

Seamos capaces de realizar aquel ensueño de la gesta emancipadora. Exaltemos de amor y de justicia nuestro ideal americano y hagamos de América el teatro de un nuevo y mejor destino del hombre.

DISCURSO DEL PROF. HONORIO DELGADO, REPRESENTANTE DEL PERU

Excmos. señores Ministros de Estado, señor Rector de la Universidad de Chile, señor Decano de la Facultad de Medicina, señor Presidente de las Jornadas, señoras, señores:

Es exponente de altas preocupaciones culturales de los dirigentes de un país, el hecho de que patrocinen las labores de una reunión que, como las Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico, tienen por objeto fomentar el intercambio de ideas, la dirección de anhelos de mejoramiento y la uniformación de procedimientos prácticos — curativos, profilácticos y legales — de las ramas de la medicina que se ocupan de los desórdenes del sistema nervioso y de la **mente.**

La presencia de los señores Ministros de Estado en esta sesión inaugural de nuestras labores, es señal de que el Gobierno de la Nación chilena no sólo se preocupa del bienestar inmediato de su pueblo, favoreciendo lo que contribuye a acendrar la ciencia y a elevar el prestigio de los médicos, sino, igualmente, del bienestar lejano, auspiciando el desarrollo en el propio país, con la colaboración de las Repúblicas hermanas, de un movimiento de ideas que tiene por fin la realización de condiciones óptimas para la vida anímica colectiva. En efecto, las aspiraciones más elevadas de un gobierno previsor y las de la psiquiatría social, todavía en el período militante de su desarrollo, coincidente en la prosecución de normas que aseguren y enriquezcan la salud del alma, la cual depende tanto de la del cuerpo, cuanto de la salud social, del bienestar de la República. La conocida fórmula latina **Salus populus...**, se complementa con la que podríamos dar a la moderna psicohigiene: **Salus animarum suprema lex.**

Afortunadamente, análogo propósito de cultura y de cordialidad latinoamericana alienta el Gobierno del Perú, que ha atendido de manera decidida y eficaz al nevío de la delegación que tengo el honor de presidir.

Venimos con el espíritu de colaboración más sincero, felices de reunirnos, bajo el patrocinio de esta ilustre Universidad, con personalidades tan eminentes como son las de los colegas con quienes vamos a cultivar las disciplinas de nuestra vocación. Y estamos convencidos de que las Jornadas—cuyo nacimiento se debe al meritísimo Profesor Dr. O. Fontecilla, con el concurso de los especialistas de

Chile y con el apoyo directo de la Facultad de Medicina — están llamadas a constituir un vínculo perenne de fecunda amistad para el adelanto del saber.

Agradecemos de todo corazón la acogida gentil que nos dispensan la Universidad de Chile y su Facultad de Medicina, por intermedio de su Rector y su Decano, la Comisión Organizadora de las Jornadas y todos los colegas que participan de ellas. Las palabras que acabamos de escuchar en esta sesión solemne — de la cual guardaremos gratísima memoria — y todas las exquisitas demostraciones con que en Chile han obsequiado a nuestra delegación, desde su llegada, nos conmueven de manera muy particular, por ser el reflejo de su Patria, bella y admirable en todo, y, para contento nuestro, unida por sólidos lazos de amistad con el **Perú.**

DISCURSO DEL PROF. DR. ANTONIO SICCO, EN REPRESENTACION DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MONTEVIDEO

Excmos. señores Ministros, señor Rector de la Universidad, señoras y señores:

La Universidad de Montevideo agradece a la Universidad de Chile la amable y generosa invitación, y se honra en participar en estas Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico, que fueron iniciativa feliz de la Clínica Psquiátrica de Santiago, y que tienen en este acto solemne inauguración.

Esta asamblea científica que hoy iniciamos está constituída por eminentes neurólogos y psiquiatras chilenos y latino-americanos preocupados por la solución de problemas comunes de Medicina y Asistencia Social Psiquiátrica. Existe uno de estos problemas, que ha adquirido en esta hora de la humanidad, un interés inmenso y palpitante: es el problema de la higiene y de la salud mental de la Sociedad.

Podríamos decir, parafraseando una vieja receta latina, que la salud mental de la Sociedad depende de la salud del organismo social; y al presente, signos inquietantes, venidos de múltiples comarcas, presagian la perturbación del organismo social. Estos signos inquietantes se propagan y estremecen las sociedades. Una nueva sensibilidad recorre la superficie de la tierra. El mundo tiene ahora su sistema nervioso, cadenas de antenas, células ultra sensi-

bles que captan e irradian aún los pequeños sucesos que parecían destinados a morir en la apacibilidad de la atmósfera aldeana. Se han apretado los lazos que unían a los pueblos y se está formando rápidamente una mentalidad colectiva que absorbe las mentalidades nacionales, una nueva conciencia mundial, hiperestésica y electrizada, conmovida a cada instante por ondas emocionales y atravesada continuamente por un tumulto de ideas.

La personalidad del mundo se está transformando día por día.

¿Qué serán mañana los viejos valores sentimentales: la patria, la religión, la familia, los cimientos afectivos de las sociedades actuales? ¿Podrá la humanidad adaptarse prestamente, reorganizarse de un día para otro y podrá seguir, acompasando el nuevo ritmo, sin perder en el naufragio sus dioses y los tesoros de su acervo tradicional?

Nunca más que en este momento, tuvieron su oportunidad los congresos internacionales, y nunca mejor ocasión para reunir los técnicos que trabajan sobre el espíritu de los pueblos y sobre el espíritu de los hombres. Sería imperdonable temeridad abandonar al libre juego de las fuerzas ciegas de la naturaleza la solución del problema inquietante de la hora, porque sería entregarlo fatalmente al choque violento de los instintos. Es necesario garantizar la tranquilidad que la sociedad necesita para su salud mental y su progreso evolutivo. Es necesario asegurar el gobierno de la inteligencia.

El problema de la salud mental de la sociedad no puede ser desdeñado en las Jornadas Neuro-Psiquiátricas que hoy iniciamos en esta populosa ciudad de Santiago. Ningún país más indicado que Chile para acoger en su seno esta reunión de trabajadores científicos. Contenido por la muralla gigantesca de los Andes y el océano sin límites, ha logrado mantener viviente el viejo espíritu español hidalgo y generoso, que sabrá conducir y moderar las precipitaciones y vehemencias de las sociedades cosmopolitas.

Por eso estamos seguros que este congreso que se inicia bajo tan promisores auspicios, tiene asegurado un éxito fecundo.

He dicho.



PROF. MANUEL BALADO

Delegado de la República Argentina a las Jornadas.

Relator del tema sobre tratamiento de los tumores cerebrales

PRIMERA SESION DE TRABAJO

Martes, 5 de Enero de 1937, 11 hs.

Local: Hospital Clínico de San Vicente de Paul. Auditorio de la Clínica Obstétrica Universitaria.

Primer tema oficial: Valor de los signos de localización en el diagnóstico topográfico de los tumores cerebrales.

a) **Relación del Prof. Oscar Trelles.**

Prof. Oscar Trelles.—Da lectura a una documentada ponencia sobre este tema. Se publica en las páginas correspondientes de este tomo.

Prof. Honorio Delgado (Presidente).—Después de dar lectura a su relación el Dr. Trelles, le corresponde al Dr. Hugo Lea-Plaza.

b) **Relación del Prof. Hugo Lea-Plaza.**

Prof. Hugo Lea-Plaza.—Expresa que en vista de que el Dr. Trelles ha presentado un trabajo completo sobre la materia, él se referirá únicamente a los sindromes. Da lectura a continuación a su ponencia que igualmente se publica en la sección correspondiente.

Discusión:

Prof. Honorio Delgado (Presidente).—Pueden hacer uso de la palabra los miembros de las Jornadas. Rogamos ser breves, pues no disponemos de tiempo y queremos escuchar las ponencias sumamente interesantes de dos grandes notabilidades.

Prof. Oscar Fontecilla.—Yo me felicito una vez más de haber insinuado la idea de tratar en estas reuniones un tema tan interesante como el que acabamos de escuchar al Dr. Trelles y al Dr. Lea-Plaza. Al referirme a estas ponencias, voy a dejar a un lado al Dr. Lea-Plaza por razones que se comprenden y voy a referirme al trabajo del Dr. Trelles.

Esta ponencia nos ha llenado de orgullo, primero, por el método, por la claridad, por el sentido crítico agudo, preciso, por la información vastísima, por las conclusiones discretas y razonables. En resumen, creo que esa ponencia podría haberse presentado en cualquier Congreso de Neurología europeo. Es bastante decir en elogio, en primer lugar del Dr. Trelles, y en segundo lugar de la Neurología de Sudamérica.

Respecto al tema mismo, sobre los signos de localización, no podemos agregar nada. Pero si se trata de hablar de la localización de los signos cerebrales con fines quirúrgicos, la cuestión cambia. En este último punto ambos exponentes han estado acordes en que la Clínica habiendo progresado en forma brillante, todavía es insuficiente, es incapaz de dar al cirujano las contestaciones a las preguntas que se le formulen antes de trepanar. En el caso del Dr. Trelles hay una circunstancia que subrayar: cita al gran neuro-cirujano Balado como investigador de los signos de localización de los tumores cerebrales; cita varias exposiciones de Balado en el sentido de corregir esos errores de localización. Esto, desde luego, es sumamente satisfactorio para los sudamericanos y para el Dr. Balado y tiene importancia en el sentido de la colaboración del neuro-cirujano en el estudio de las localizaciones. Este asunto es nuevo.

Era lo que tenía que decir y es poco de esta brillante sesión.

Corrientes de acción del sistema nervioso.—Dres. Manuel Balado y Luis Romero.

Dr. Manuel Balado.—Diserta en forma brillante sobre este tema. Un resumen de él se publica en la sección correspondiente de este tomo.

Discusión:

Prof. Armando Larraguibel.—Tengo la satisfacción de presentar a usted, Dr. Balado, el reconocimiento de esta asamblea por habernos dado a conocer un elemento nuevo y en forma de clara. Ayer, en un pequeño discurso que pronuncié en la inauguración de estas Jornadas, me referí al hecho de que la vida bio-física y bio-química tendrían una significación psicológica en el futuro. Aquello lo hice como una explicación. Hoy día, después de haber oído

la exposición de su magnífico trabajo, veo que estoy en la razón.

Al corresponder al Prof. Alejandro Schroeder disertar según el programa sobre "El Lóbulo Frontal", expresó lo siguiente:

Prof. Alejandro Schroeder.—Yo me voy a disculpar porque en el orden intelectual y físico hay que guardar cierto orden en las cosas. Así como en la comida se empieza con los fiambres, en el orden intelectual no se debe terminar con fiambres. Acabamos de oír dos trabajos magníficos en las dos primeras ponencias y un trabajo revelador de una tenacidad de trabajo de mi amigo Balado. No voy ahora a traer un fiambre.

En segundo lugar, me voy a permitir hacer una pequeña observación a las conclusiones de las dos primeras ponencias. He trabajado muchos años en cito-arquitectura y en glio-arquitectura y he tratado de que esto tuviera una realización práctica en la clínica. Soy eminentemente práctico y trato de llegar a ello. Habría deseado hacer una exposición de los valores de la cito-arquitectura en la sintomatología, pero verdaderamente he encontrado grandes dificultades. He llegado a las conclusiones a que llegan los ponentes anteriores.

Hay que distinguir lo que es corteza cerebral motora y no motora. La corteza rolándica es un teclado de tono maravilloso, el cual no se puede tocar con un dedo sin que suene armónicamente la nota que se toca en el instrumento grandioso de la corteza cerebral. Y ese punto es para el resto de la corteza cerebral lo que es el piano, lo que es todo instrumento cuando suena que hace vibrar todas las notas. De ahí el timbre del instrumento. La corteza frontal ascendente es el tono que suena y que da a todas las zonas vecinas sus notas.

Todos los que se preocupan de la Neurología buscan las localizaciones porque parece que la Neurología no puede vivir sin ellas.

Parece que el estudio ventriculográfico, por un lado, y por otro lado las corrientes de acción de la corteza cerebral indican que si la clínica se encuentra confusa ante el diagnóstico de las localizaciones cerebrales, mayor dificultad encuentra con estos nuevos métodos de investigación.

Finalmente, rehuso presentar fiambres después de las brillantes ponencias que hemos escuchado.

Prof. Oscar Fontecilla.—Me voy a oponer enérgicamente a la negativa del Prof. Schroeder. Todos estamos ansiosos de escuchar al Prof. Schroeder y podemos destinar una sesión especial para oirlo.

Prof. Oscar Trelles.—Creo que estamos de acuerdo con el Dr. Schroeder en el fondo. No hemos discutido absolutamente la cuestión de la localización. Yo creo que no se puede negar la localización. Hemos dicho que en los tumores cerebrales no habían signos patognomónicos de localización.

Prof. Manuel Balado. — Yo creo que en las observaciones hechas por el Dr. Trelles hay una dificultad mucho mayor todavía y es la siguiente: en nuestra exposición sobre la vía óptica y el problema de las hemianopsias, hemos observado que se les puede atribuir otro síntoma cualquiera de localización. Tenemos el caso de una hemianopsia derecha acompañada de signo de Babinski izquierdo; y comprobamos que esta hemianopsia derecha había sido determinada por una compresión del lóbulo occipital izquierdo. En algunos casos de tumor izquierdo se encontraba hemianopsia izquierda. Esto tiene su explicación: se debe al rechazo total del cerebro hacia el lado derecho por el tumor.

En esto estaré siempre de acuerdo con el Prof. Trelles en que el error de localización no depende solamente de nosotros. Depende de que es muy distinta la posición del cerebro cuando hay tumor. Los órganos se desplazan junto con el crecimiento de los elementos que determinan las lesiones.

Es por esto que ha habido una tendencia general a los métodos objetivos como la ventriculografía, con la cual se pueden hacer los diagnósticos más exactos, como dice el Dr. Fontecilla, en Patología Quirúrgica. Carrillo tiene una gran experiencia en ventriculografías con aceite yodado y lo usa en todos estos casos. He trabajado con él y usa el método en una forma tan hábil que nos ha servido para evitar que muchos enfermos sean trepanados inútilmente.

Cualquiera que haya leído los trabajos de Cushing se dará cuenta que esta intervención exploradora previa es recomendable. Hoy se puede saber con ayuda de las sombras yodoventriculográficas la posición de un tumor en el cerebro.

Prof. Hugo Lea-Plaza.—Yo creo que estamos de acuerdo con el Dr. Schroeder. El teclado maravilloso existe, lo difícil es saber dónde suena y estas son las dificultades del diagnóstico topográfico. De modo que creo que estamos de acuerdo.

Prof. Oscar Fontecilla.—Para terminar debemos dejar bien en claro: se trata de la localización de síntomas y no de funciones, que son dos cosas distintas, y del valor de estos síntomas. No se trata de poner en duda la realidad de la localización, se trata del valor de los síntomas como localización con mira práctica para la neurocirugía.

Prof. Honorio Delgado.—Hay que dejar en claro que no se ha podido establecer que hay localización desde los puntos de vista psíquicos, no me refiero a los psicomotores ni sensitivos.

Me felicito por haber presidido esta primera sesión de trabajo y agradezco al Dr. Fontecilla por haber escogido este tema de tanta trascendencia. Ha habido tantos autores que han tratado de relacionar el sistema nervioso con la electricidad, el reflejo psicofísico, por ejemplo. Pero no se pueden comparar a los principios establecidos por el Dr. Balado que algún día nos servirán para resolver problemas en neurología.

He terminado, señores.

SEGUNDA SESION DE TRABAJO

Martes, 5 de Enero de 1937, 17 hs.
Local: Manicomio Nacional.
Presidencia del Prof. Nerio Rojas.

I.—**Segundo tema oficial: Concepto psicopatológico y delimitación clínica de la Demencia Precoz.**

Relación del Prof. Honorio Delgado.

Prof. Honorio Delgado.—Da lectura a su interesante ponencia que aparece publicada en el lugar correspondiente.

Prof. Nerio Rojas (Presidente).—El Dr. Delgado ha dicho que la demencia precoz no es una entidad nosológica. Quiere decir con esto que debemos desmembrar esta enfermedad para formar otras enfermedades a las cuales le pondremos un rótulo nuevo y ya no se llamarán esquizofrenia. Entonces otros autores, quizás el mismo Dr. Delgado, les habrá puesto nuevos rótulos y con ellos nos pondremos todos de acuerdo.

II.—**Automatismo mental y psicoanálisis.**—Dr. Fernando Allende Navarro.

Dr. Fernando Allende.—Da lectura a su trabajo sobre este tema. Se publica en este tomo.

Prof. Oscar Fontecilla.—Con las apariencias de una observación clínica mi modesto amigo y colega Allende Navarro ha hablado sobre cuestiones de un alcance muy grande y que, sin duda alguna, van más allá de los límites de las Jornadas Neuro-psiquiátricas. El nos plantea una teoría psicopatológica que es conocida, pero que todavía se ignora. Tengo que admirar en el trabajo del Dr. Allende los siguientes detalles: en el fondo se trata de una comunicación de orden teórico que se apoya en un caso muy bien estudiado. En segundo lugar la forma tan elegante, tan completa en que ha presentado el caso; luego, el análisis muy bien hecho de las circunstancias que él ha querido demostrar al formular las conclusiones. Pero, naturalmente, estos elogios van acompañados de una observación: la escuela psicopatológica que el Dr. Allende representa en Chile con tanto bri-

llo me parece a mí que es susceptible de muchísimos reparos. Desde luego, es necesario irse con cuidado en la apreciación de los actos que tengan una explicación psico-analítica. Es sumamente fácil y extraordinariamente peligroso aceptar como explicación genética lo que no pasan de ser simples descripciones falaces más o menos literarias. Era la única observación que quería hacer al trabajo del Dr. Allende. Por lo demás, lo felicito.

Prof. Honorio Delgado.—Yo también felicito al Dr. Allende con quien me liga una antigua amistad. Su trabajo en realidad, es digno de aplauso porque en él nos muestra de una manera evidente la realización de ciertos mecanismos psico-patológicos que ponen en relación hechos actuales con la mentalidad infantil. Estos hechos me parecen susceptibles de interpretaciones variadas: una de ellas es la que le da el Dr. Allende Navarro de una manera exacta y penetrante. Este tema no se puede discutir en su fondo pues caemos en la única teoría posible.

En suma, me parece importantísima la comunicación del Dr. Allende porque acusa el interés de los especialistas por el estudio psicológico de la profundización de su vida, del conocimiento de su nivel substancial que realiza formaciones, deformaciones, curaciones, en general, patológicas, pero que indiscutiblemente no se pueden explicar sino con un criterio psicológico.

Prof. Oscar Fontecilla.—El Dr. Allende Navarro hizo referencia a las teorías de De Clérambault. En este sentido me permito decir que sobre este tema presenté una comunicación hace dos años a la Academia de Medicina de Buenos Aires. El Dr. Allende conoce esta comunicación. En ella hago una crítica cerrada a De Clérambault y en ello estoy de acuerdo con el Dr. Allende.

Dr. Luis C. Muñoz.—Las investigaciones psicoanalíticas constituyen una conquista que debemos mirar con el respeto que merece una disciplina. Pero es sospechoso que, dentro de la misma escuela psiconalítica, surjan otras que a su vez constituyen escuela. Estos nuevos psicoanalistas dan explicaciones tan claras que, en realidad, uno empieza a dudar del valor de ciertos principios explicativos del psiconálisis. Y esto me ha llevado a pensar que en la vida del hombre, en nuestra vida, como lo prueba el estudio del desarrollo del niño, el estudio de la evolución de los pueblos primitivos, nosotros vemos siempre ciertos procesos como los fundamentales; son los que, a su vez tienen el más alto valor genético, como dice la Psicología. Es decir, estos procesos determinan el perfeccionamiento de los otros procesos de la vida psíquica en su desarrollo. Estos procesos,

a que me refiero, son las tendencias. Cuando alrededor del año o año y medio vemos que el lenguaje en el niño se detiene, todo el desarrollo se corta a tajo y el niño queda como un idiota. Cuando en la pubertad la tendencia del conocimiento madura y una afección cualquiera impide el desarrollo, éste se corta a tajo y el individuo queda con una mentalidad infantil. No siempre me parece que los procesos más importantes son las tendencias. Los psicoanalistas ortodoxos han descrito las tendencias del instinto sexual; han creído que todo en la vida del hombre se explica por esta tendencia tan multiforme como pretenden hacerla aparecer y todo estaría regido por esta influencia redentora de los instintos sexuales y los complejos superiores del individuo estarían controlados por el instinto sexual que sería tan tiránico, que no permitiría ninguna otra influencia.

Adler dice: lo más fundamental en el hombre es cierto grupo de tendencias que dicen relación con la formación del individuo y las explica en forma tan precisa como Freud: lo que demuestra que nuevos psiconalistas empiezan a disentir, a ser más serenos, menos ortodoxos y reconocen que dentro de la vida del hombre cada tendencia tiene una función fundamental irreductible a las otras. Pues bien, todos empiezan a reconocer qué son las tendencias y que cada tendencia es capaz de sistematizar la vida del hombre y formar conductas perfectamente organizadas.

En fin, yo creo que frente a las explicaciones claras, geométricamente hermosas del psicoanálisis es necesario ser más serenos y pensar que el psicoanálisis es una de tantas explicaciones y que cualquiera tendencia tiene el valor dinámico para constituir o complejos, o sentimientos o una personalidad bien estructurada.

Dr. Juan Garafulic.—En el trabajo del Dr. Allende Navarro se destaca la importancia que se debe dar en psicopatología al hecho de las explicaciones del por qué de los fenómenos psiquiátricos. La Psiquiatría clásica nos daba la forma de presentación de las enfermedades, su descripción y ha venido a ser el psicoanálisis el que nos ha llevado a la otra vía. Es decir, él ha ido en busca del por qué de la formación de las enfermedades. Esa visión horizontal o frontal que tenía la psiquiatría clásica ha ido profundizándose y demostrado que es necesario estudiar la vida infantil, los actos fallidos para conocer el origen de las afecciones. El caso presentado por el Dr. Allende nos ha demostrado claramente lo que he expresado.

Era lo que quería decir respecto al alcance que día a día toma el psicoanálisis para explicarnos muchos de los fe-



PROF. J. O. TRELLES

Delegado de la República del Perú. Relator oficial del tema sobre signos de localización de los tumores cerebrales.

Catedrático de Neurología en la Universidad de San Marcos

nómenos patológicos que se producen en el individuo y que servirán de base para investigaciones futuras.

Prof. Oscar Fontecilla.—Quisiera hacer una proposición de orden. En pocos momentos más llega a Santiago un colega que viene del Perú, el Dr. Baltazar Caravedo, personalidad sumamente distinguida y de grandes méritos puestos al servicio de la Psiquiatría y de la Higiene mental. El Dr. Caravedo ha llegado a ser uno de nuestros héroes porque hay también héroes de la Psiquiatría. Acaba de ser agredido en forma brutal por un alienado. Apenas convaleciente de heridas gravísimas se ha embarcado a Chile con su familia para asistir a estas Jornadas. Gesto emocionante que, estoy seguro, va a despertar muchas simpatías.

Propongo que en cuanto el Dr. Allende Navarro termine aquí la discusión nos dirijamos en corporación a recibir al Dr. Caravedo.

Prof. Honorio Delgado.—Como peruano agradezco gentilmente las expresiones del Dr. Fontecilla.

Deseo agregar al debate que aquellos hechos mentales que no podemos relacionar con otros hechos, necesitan su explicación. La explicación es una hipótesis. La primera hipótesis la ha demostrado perfectamente el Dr. Allende Navarro. Es este un método verificable.

Dr. Fernando Allende.—Yo agradezco la felicitación del Prof. Delgado y la felicitación ambivalente del Prof. Fontecilla. En cuanto al Dr. Muñoz habló de cosas tan diferentes que no tendría a cual contestar.

Prof. Nerio Rojas (Presidente).—Como Presidente me encuentro con una orden del día; hay trabajos pendientes como el del Dr. Brücher.

Dr. Eduardo Brücher.—Dado el escaso tiempo y la insinuación del Prof. Fontecilla de ir a recibir al Dr. Caravedo, dejaré sin leer mi trabajo.

TERCERA SESION DE TRABAJO

Miércoles 6 de Enero de 1937, 11 hs.

Local: Auditorio del Hospital del Salvador.

Presidencia del Prof. Oscar Trelles.

Prof. Oscar Fontecilla.—Voy a permitirme, a nombre de todos los Delegados presentar nuestro saludo muy cordial y nuestro homenaje de simpatía y gratitud a dos eminentes colegas que se incorporan en este instante a nuestras reuniones: el Dr. Caravedo, a quien la Asamblea ya conoce y el Prof. Gonzalo Bosch, profesor de Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires, Director del Hospicio de las Mercedes y actual Presidente de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría Argentina.

En nombre de los miembros de las Jornadas los saludamos con todo el aprecio, el respeto y la admiración que merecen.

I.—**Tercer tema oficial: Tratamiento de los tumores cerebrales.**

Relación del Prof. Manuel Balado.

Prof. Manuel Balado.—Expone en forma muy clara y sistemática sus notables conocimientos sobre este tema. Ilustra su exposición con numerosas proyecciones. Primero estudia el tratamiento de la hipertensión intracraneana y en seguida el del tumor propiamente tal.

Insiste en que para el éxito de toda intervención sobre tumores cerebrales es indispensable el diagnóstico precoz de la existencia del tumor y después de su localización, pues casi siempre la mortalidad se debe a un error de localización.

Relata a continuación los resultados obtenidos en más de ochocientas intervenciones sobre tumores, demostrando como los porcentajes de éxito han ido aumentando con el progreso de la técnica y de los medios de diagnóstico.

Prof. Oscar Trelles (Presidente).—Hemos escuchado la magnífica disertación del Dr. Manuel Balado. Ofrezco la palabra.

Prof. Oscar Fontecilla.—Señor Presidente: me felicito de haber sido en parte el que insinuó la idea de traer estas cuestiones a la consideración de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas. No tengo para qué repetir la enorme satisfacción que me produce el haberle pedido pedido al Dr. Balado que tratase este tema tan importante de los tumores cerebrales y su tratamiento así como el diagnóstico topográfico. El Prof. Balado en sus comunicaciones al Congreso ha demostrado la importancia de la Cirugía en la Neurología. En forma magistral ha expuesto su método poco conocido en Chile, a pesar de que ya existen algunos cultores de la neuro-cirugía. La exposición del Dr. Balado tiene un doble valor: primero, por ser él un gran cirujano, uno de los mejores del mundo; segundo, porque ha expuesto un método del cual es inventor: la exploración quirúrgica del encéfalo, la ventriculografía lipoyodada.

Terminaré felicitándome de la presencia del Dr. Balado entre nosotros.

Prof. Oscar Trelles (Presidente).—Se ofrece la palabra. Me permito unir mis felicitaciones a las del Dr. Fontecilla. Hemos escuchado al gran fisiólogo y neuro-cirujano Prof. Balado. La personalidad del Prof. Balado es multiforme, es completa. Su exposición nos lo ha demostrado.

II.—**Quistes hidatídicos cerebrales. Consideraciones clínicas, anatómicas fisiológicas. Nueva técnica quirúrgica.** Prof. Alejandro Schroeder.

Prof. Alejandro Schroeder.—Expone este tema ilustrándolo con proyecciones y refiriéndose especialmente a su gran experiencia en esta afección. Describe la técnica quirúrgica por él ideada y que le ha dado espléndidos resultados.

Prof. Oscar Trelles (Presidente).—Antes de ceder la palabra les ruego hacerlo en la forma más breve posible porque el tiempo es escasísimo.

Prof. Oscar Fontecilla.—Voy a hacer una proposición de orden: Sería conveniente que tomáramos algunas disposiciones respecto de los trabajos que no se han alcanzado a leer. Como mañana hay una sesión de la Sociedad de Neurología, propondría que antes de ella se celebrara una sesión extraordinaria para dar lectura a los trabajos que no se alcancen a leer hoy día. Esta sesión se iniciaría con la lectura del trabajo del Dr. Charlín y en seguida le correspondería al Dr. Schroeder.

Continuando la discusión tercia en ella el Dr. Balado para hacer algunas objeciones de interés.

CUARTA SESION DE TRABAJO

Miércoles, 6 de Enero de 1937, 17 horas.

Local: Auditorio del Hospital de San Juan de Dios.
Presidencia del Prof. Antonio Sicco.

I.—**Cuarto tema oficial: Clasificación de las Enfermedades Mentales y posibilidad de uniformarla en América.**

a) **Relación del Prof. Julio Endara.**

Dr. Isaac Horvitz (Secretario).—**Da lectura a la ponencia del Prof. Julio Endara. Se publica el original en la parte correspondiente de este tomo.**

b) **Relación del Prof. Oscar Fontecilla.**

Prof. Oscar Fontecilla.—Da lectura a su relación sobre el mismo tema y aunque propone la misma clasificación que el Prof. Endara llega a conclusiones diversas. Se publica en otras páginas de esta edición.

Prof. Gonzalo Bosch.—En el año 1930 en las Conferencias de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal de Río Janeiro, se nos pidió a los Profs. Ciampi, Austregesilo y al que habla, una clasificación de las Enfermedades Mentales. Las dificultades que se nos presentaron fueron muchas debido a que el estado actual de la ciencia no nos permite conocer una causa etiológica de las enfermedades mentales. Tampoco nos era posible conocer la etio-patogenia puesto que, salvo en la parálisis general, nos es desconocida. No podíamos tampoco hablar con conocimiento de la fisiopatología de enfermedades endógenas o exógenas. En cambio, sí podíamos hablar de las constituciones psicopáticas, cuyo término desde luego, envuelve un equívoco, porque la constitución no es una psicopatía. Ya desde Pasteur sabemos que el terreno lo es todo y el microbio es nada. Pues, somos portadores de una cantidad de microbios, él está en nosotros, pero la enfermedad no lo está.

Las constituciones denominadas personalidades anormales deben estar en estas clasificaciones. Las constitucio-

nes, el terreno y la medicina constitucional han muerto totalmente la medicina de la degeneración, porque es sumamente peligroso hablar de un degenerado.

Prof. Antonio Sicco. (Presidente).—Debo advertir a todos los concurrentes que tendrán derecho a hacer uso de la palabra sólo por diez minutos.

Prof. Gonzalo Bosch.—Me parece muy oportuna la advertencia del Dr. Sicco y deseo saber si he hablado más de lo reglamentario.

Decíamos que es sumamente difícil clasificar las enfermedades mentales. Deben hacerse grupos de síndromes y estos grupos sintomáticos se pueden dividir en las constituciones. Luego vendría el grupo tan bien conocido por todos: el de las neurosis. Luego vendría el grupo de las psicosis. Un subgrupo: los estados psicopáticos. Otro grupo sería el de las demencias. Tendríamos además las oligofrenias, vale decir, una insuficiencia en el desarrollo mental del individuo, o una detención en el desarrollo de la personalidad humana. Tendríamos el grupo de los síndromes delirantes crónicos, vale decir la paranoia, el delirio sin alucinaciones.

Me habría gustado conocer sobremanera el resultado a que llega en su trabajo, acerca de la demencia precoz, el Prof. Delgado. En el año 30 teníamos las psicosis esquizofrénicas curables, en cambio los dementes precoces no han curado.

Me uno a la opinión del profesor Fontecilla de la necesidad de tener una clasificación de las enfermedades mentales. Además considero necesario cambiar opiniones al respecto para que nos ilustremos con los conceptos de tantos colegas que son un honor para la Neuro-psiquiatría del Pacífico en estas admirables Jornadas.

Prof. Antonio Sicco. (Presidente).—Sigue en consideración el tema.

Prof. Honorio Delgado.—El Dr. Fontecilla quiere que hable, pero yo me niego a ello porque habría tanta cosas que decir y me temo que no lleguemos a una conclusión por lo cual propondría que se adoptara el temperamento propuesto por el Prof. Fontecilla de nombrar una Comisión que haga un informe breve acerca de ello.

Por último no repetiré todo lo que dije acerca de la esquizofrenia. Estoy de acuerdo con el Dr. Bosch en la separación que hace entre demencia precoz y esquizofrenia.

Yo también propondría una clasificación y quedaríamos en el mismo caso pues no llegaríamos a una clasificación. Y estoy de acuerdo en que es indispensable una clasificación. Es una medida pragmática llena de deficiencias como los

exámenes pero de los cuales no se puede prescindir. Es de importancia trascendental para todos que lleguemos a un acuerdo en este sentido. Aqui hay distinguidos psiquiatras que se ocupan de este tema y creo que ellos deben integrar la comisión.

Prof. Antonio Sicco. (Presidente).—De modo que Ud. mantiene el propósito del Dr. Fontecilla de nombrar una Comisión. Yo desearía que el Prof. Nerio Rojas interviniera en esta discusión. Realmente me sería penoso verme privado de oír su palabra. Además quiero elogiar el informe del Dr. Endara, sobre todo la parte doctrinaria del mismo. Y luego elogio el aspecto práctico con que enfoca su estudio el Prof. Fontecilla.

La verdad es que todos hacen un diagnóstico, todos tienen una nomenclatura. Es necesaria una clasificación americana. Primero sería necesario que hubiera estadísticas en cada país. Yo conozco algo del mío y tengo referencias de los demás. Es indudable que Estados Unidos ya ha alcanzado a ello. Naturalmente que en el momento actual es su clasificación la mejor de las clasificaciones.

Yo creo que hay que adoptar una clasificación que no tenga tendencias doctrinarias sino una base biológica. En consecuencia, me adhiero a la moción presentada por el Prof. Fontecilla de nombrar una Comisión que estudie el problema.

Prof. Nerio Rojas.—Yo sé que el Prof. Fontecilla me va a rebatir. Conozco su temperamento.

No voy a llegar al fondo del asunto sino simplemente quiero sugerir algunas reflexiones acerca de la posibilidad de hacer esta clasificación y sobre las consecuencias prácticas que podría traer. Generalmente se nombran comisiones para que resuelvan cuestiones de importancia y la comisión se encuentra con estas dificultades; en la última sesión hay cuestiones que resolver y la comisión que no se ha reunido nunca aconseja que para la próxima Conferencia se resolverá el problema. Se nombran comisiones cuando no se puede o no se desea resolver un problema.

Además me parece difícil nombrar comisiones. Creo que las comisiones científicas se deben dejar al trabajo personal de los investigadores.

Prof. Antonio Sicco (Presidente).—Debo advertir que esta no es cuestión científica. Se trata de presentar un informe.

Prof. Nerio Rojas.—Es una cuestión científica. No hagamos una clasificación y dejemos a los investigadores. Mal que mal los psiquiatras nos entendemos. Los que no

nos entienden son los no psiquiatras. Dificultades de clasificación tiene toda la patología.

Yo no me opongo a que se nombre una comisión. Pero no creo que ello conduzca a una solución práctica. Corremos el riesgo de hacer una clasificación teórica. Cada país seguirá usando la clasificación como le parezca. Yo creo que hemos hecho bien en discutir esta cuestión y hacemos bien en seguir discutiéndola. Lo que no me satisface es aquello de nombrar una comisión.

Nada más.

Prof. Oscar Fontecilla.—Yo estoy un poco en desacuerdo con el Dr. Sicco. No veo bien claro qué dificultades hay para la clasificación si no existen estadísticas.

Prof. Antonio Sicco (Presidente).—Usted debe reconocer que todos usamos una clasificación. Todos tenemos diagnósticos. A veces seguimos una clasificación; muchas veces no la seguimos. Muy a menudo esta clasificación nos es útil por cinco años y deja de gustarnos cuando aparece una nueva. En realidad, todos tenemos una clasificación. Además hay países que tienen sus estadísticas bien llevadas. Este Congreso internacional aspira a adoptar una clasificación internacional o por lo menos americana.

Prof. Oscar Fontecilla.—Pasando a considerar las observaciones tan interesantes que se han hecho respecto al tema de la clasificación de las enfermedades mentales, quiero decir, desde luego, que aquí no se ha propuesto ninguna cuestión científica. Lo que se propone es una convención y las convenciones no tienen nada de científico.

Todos sabemos—, y esto lo digo en mi ponencia—que la clasificación de las enfermedades mentales es muy difícil. Pero no por eso deja de haber una clasificación con cifras estadísticas y que se use internacionalmente. La misma Liga de las Naciones se ha encargado de ello.

Desde luego, se trata de una convención. Convención quiere decir acuerdo. No se va a comenzar por la estadística, se va a terminar por ella. Que se establezca una clasificación con fines prácticos es enteramente posible. Si esto es posible en un país dado ¿por qué no va a ser posible en todo el mundo? No es otra cosa lo que he propuesto: que la comisión que insinué resuelva la cuestión. Que resuelva cuál es la clasificación que se debería recomendar como nomenclatura. Yo deseo que se nombre una comisión para que informe sobre este problema que esta comisión dé su dictámen a los señores miembros del Congreso. Es una cuestión de orden práctico. No pretendo que se supriman las clasificaciones de cada país o clínica, sino que en las comunicacio-

nes internacionales, en las estadísticas se refieran a una clasificación tal o cual.

En seguida, no podemos obligar a nadie. Pero sí, propongo que la Comisión ilustre sobre los medios prácticos de avanzar en este asunto. Yo considero que para los fines estadísticos, la clasificación americana, es la indicada. Es esto todo los que he propuesto. Yo creo que esta cuestión se ha llevado a un nivel que no le corresponde. Es de orden puramente práctico. Yo creo, francamente, que no se perdería el tiempo nombrando una comisión. Se trata de una cuestión que rompe un poco la ley científica de este Congreso. Como dijo el Dr. Delgado es una cuestión pragmática.

Prof. Antonio Sicco. (Presidente).—El Prof. Endara termina con una conclusión en que dice que es prematuro establecer una clasificación internacional americana. El prof. Fontecilla termina pidiendo el nombramiento de una comisión.

Prof. Gonzalo Bosch.—Yo me adhiero a la idea insinuada por el Prof. Fontecilla y creo que el Prof. Rojas va a quedar muy satisfecho.

Prof. Nerio Rojas.—Yo siempre estoy satisfecho.

Prof. Gonzalo Bosch.—Yo creo que el Prof. Rojas quedaría más satisfecho si se nombrase la comisión, porque de otro modo seguirá siendo escéptico. Y de este modo veríamos al Prof. Rojas en magnífica camaradería con el Prof. Fontecilla.

Prof. Oscar Fontecilla.—Mi espíritu al pedir que se nombre una comisión no ha sido el que se abra nuevamente la discusión. Quedan varios trabajos que informar. Qué más vamos a discutir si es una cuestión de orden práctico. Con las palabras de los Profesores Rojas, Endara, Delgado y Sicco basta, qué más vamos a decir. Yo propondría que en la sesión de clausura la comisión informante expusiera sus conclusiones.

Prof. Gonzalo Bosch.—Apoyo al Dr. Fontecilla. Propondría que se nombrase la comisión.

Prof. Antonio Sicco. (Presidente).—Yo creo que el Dr. Rojas puede integrar la comisión; pues es el más indicado para ello.

Prof. Nerio Rojas.—Yo estoy en desacuerdo en este punto, por lo tanto no es necesario que sea uno de los componentes de dicha comisión.

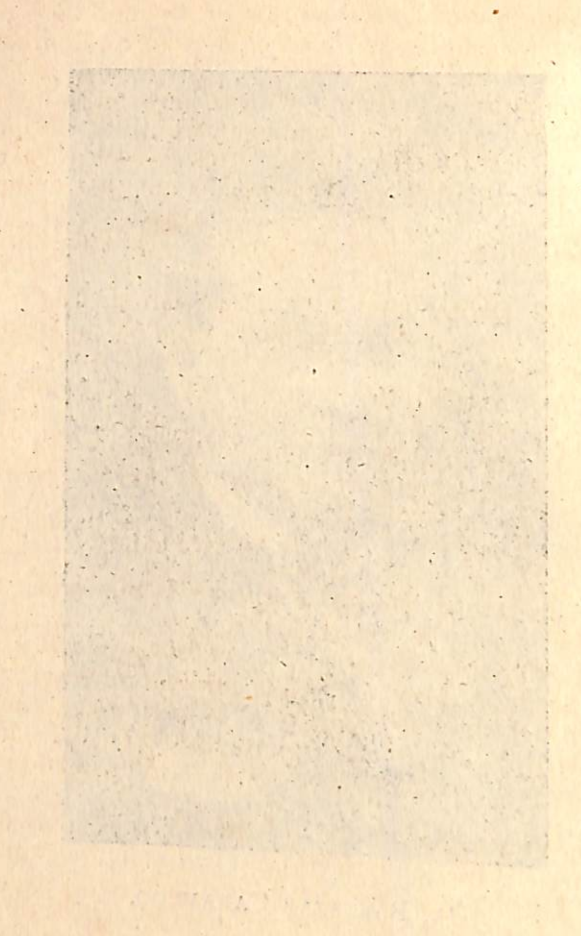
Prof. Antonio Sicco. (Presidente).—Yo tengo entendido que la Comisión debe resolver si se adopta o nó una clasificación, de modo que justamente es una posición que debe defender el Dr. Rojas.



Dr. Baltazar Caravedo

Delegado del Perú a las Jornadas.

Relator del tema sobre Organización de la Asistencia de los Alienados



Prof. Nerio Rojas.—Yo voy a votar porque se nombre la comisión, pero no la integraré yo.

Prof. Antonio Sicco. (Presidente).—Propongo que se nombre una comisión integrada por los Profesores Fontecilla, Delgado, Bosch y Rojas.

Prof. Nerio Rojas.—Es muy desagradable insistir en una negativa. Si la comisión no trabaja va resultar sospechosa. Además hay otra razón: ya está el Dr. Bosch y basta con él; está el Dr. Delgado. Yo propongo que se nombre también al Dr. Sicco.

Prof. Oscar Fontecilla.—Yo propondría que se nombrara al Dr. Malbrán.

Prof. Honorio Delgado.—El Dr. Caravedo se ha preocupado mucho de clasificación. De modo que, en mi lugar, propongo al Dr. Caravedo.

Prof. Antonio Sicco. (Presidente).—De modo que la comisión queda compuesta de la siguiente manera: Dres Bosch, Caravedo, Delgado, Fontecilla, Malbrán y Rojas. Esta comisión presentará su informe en la última sesión de las Jornadas.

Le corresponde hacer uso de la palabra al Dr. Sepúlveda.

II.—**Sobre un nuevo síndrome clínico y humoral: el Leucorraquis.** Dr. Marco A. Sepúlveda.

Dr. Marco A. Sepúlveda.—Relata su trabajo sobre el tema anotado. Se publica en la sección correspondiente.

Prof. Honorio Delgado.—Felicito al Dr. Sepúlveda porque su trabajo ha sido muy bien presentado y además ha hecho una exposición muy clara acerca del líquido céfalo-raquídeo.

Prof. Oscar Fontecilla.—Como casi todas las exposiciones no provocan grandes comentarios, no hay nada que agregar. Además el Dr. Sepúlveda es un investigador muy conocido con cuya amistad me honro desde hace muchos años.

Prof. Antonio Sicco. (Presidente).—En seguida corresponde leer su trabajo al Dr. Brücher.

III.—**Afecciones neuro-psiquiátricas de urgencia.** Dr. Eduardo Brücher.

Dr. Eduardo Brücher.—Da lectura a su trabajo sobre este tema.

Prof. Honorio Delgado.—El trabajo que se acaba de leer es muy interesante y felicito al Dr. Brücher y a los colegas chilenos por esta excelente institución como es la Asistencia Pública de Santiago.

Dr. Isaac Horvitz.—Como médico de la Asistencia Pú-

blica me permito agradecer muy especialmente las palabras de los Dres. Delgado y Rojas que se han referido tan amablemente a esta institución. Por otra parte deseo hacer recalcar la importancia que tiene el trabajo del Dr. Brücher para demostrar el valor de la especialidad neuro-psiquiátrica en los Servicios de Urgencia, valor del cual no existe conciencia aún dentro de la misma Asistencia Pública. Yo he podido comprobar en mis llamados domiciliarios que más o menos el 70% de ellos tienen que ver con la neuro-psiquiatría.

El Dr. Brücher en su trabajo toma sólo en cuenta los últimos cinco años y demuestra lo razonable que es esta apreciación y la importancia que tiene el conocimiento de esta especialidad para los médicos de la Asistencia Pública.

Prof. Gonzalo Bosch.—Me adhiero a las felicitaciones de los Dres. Delgado y Rojas y comprendo la importancia que tienen estas disciplinas en los servicios de urgencia. Ella se está desarrollando pero es necesario intensificarla. La medicina social es necesaria. Pero necesita una enorme cantidad de instrumentos de trabajo y sería necesario fundar institutos sociales de higiene mental. Los resultados a que se llega son admirables. Ello llevaría a la constitución de ligas de higiene mental. La Neurología y la psiquiatría están estrechamente unidas a la Clínica médica y como muy bien ha dicho el Dr. Horvitz, el abandono de la medicina social es francamente condenable.

El trabajo establece la necesidad de ir a la divulgación de las medidas de higiene mental para evitar los accidentes, como los señalados por el Dr. Brücher. Por otra parte establece el trabajo la necesidad de uniformidad en las clasificaciones mentales y todo lo que se refiere a las neurosis.

Es posible que si hablamos de lo que son las neurosis no nos pondremos de acuerdo en muchos casos. Recuerdo a este respecto, en una confereencia que dictó el Dr. Fontecilla en Argentina, decía: ¿dónde está la histeria? y creo que todavía no la ha encontrado.

De todos modos es necesario hablar de la terminología psiquiátrica. Puesto que la ciencia es una reunión de términos claros, de ahí que tengamos una clasificación.

Prof. Oscar Trelles.—Quiero felicitar al Dr. Brücher por su trabajo. En cuanto a lo expresado por el Dr. Bosch puedo decir que la histeria es relativamente frecuente.

Prof. Gonzalo Bosch.—Pero para nosotros eso no sería histeria, pues entonces casi todos seríamos histéricos.

Dr. Alberto Benítez.—Yo deseo adherirme a esas feli-

citaciones tan merecidas que corresponden al Dr. Brücher. Quiero hacerle una indicación acerca de uno de los puntos citados por él como causa biológica de trastornos neuro-psiquiátricos. Además de estos trastornos existen otros de orden médico-legal. Me refiero a las excitaciones neuro-psiquiátricas provocadas por el alcohol. Quería preguntarle al Dr. Brücher si dosificaron el alcohol en la sangre.

Aquí en Chile el Dr. Larson y yo hicimos un trabajo en este sentido: "De la dosificación del alcohol en los intoxicados". Insisto en que convendría iniciar el estudio de la dosificación del alcohol en la sangre de muchos individuos que tienen que ver con la ley.

Prof. Nerio Rojas.—Ya que el Dr. Benítez se ha referido al punto de vista médico-legal, puedo decirle que en la ponencia de mañana anoto esta cuestión muy simplemente.

Prof. Oscar Fontecilla.—Quisiera recordar a los colegas que mañana a las 9½ horas tenemos sesión en el Salón de Conferencias de la Universidad. En seguida a las 11 horas habrá sesión de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal en honor de los delegados extrangeros.

Prof. Antonio Sicco. (Presidente).—Me voy a permitir hacer consideraciones sobre el trabajo del Dr. Brücher. Considero que el Dr. Brücher ha tenido una idea sumamente feliz al abordar un tema como éste. Este estudio que ha hecho habría sido mucho más fecundo si se hubiera dispuesto a aprovecharlo. Ayer el Dr. Brücher no quiso hablar, hoy día lo ha hecho pero muy brevemente. Hay que hacerle algunas observaciones a su trabajo. Es una estadística en que han intervenido muchos médicos, de modo que tenemos bajo un mismo prisma enfermedades distintas. Este trabajo pudo haberse encarado desde un punto de vista social y económico: desde el aspecto de las personas; de los accidentes, etc.

Adhiero a las felicitaciones de los Dres. Delgado Rojas y Bosch y agrego que la estadística presentada en este trabajo demuestra el orden y la gran actividad que desarrolla el servicio de la Asistencia Pública.

No me resta sino felicitar a los médicos que colaboran en este servicio de Urgencia.

Queda terminada la sesión.

QUINTA SESION DE TRABAJO

Jueves, 7 de Enero, de 1937, 10 hs.

Local: Salón de Conferencias de la Universidad de Chile.
Presidencia del Dr. Baltazar Caravedo.

I.—**Epilepsia y plexos coroideos.** Dr. Fernando Allende Navarro.

Dr. Fernando Allende Navarro.—Da lectura a un interesante trabajo sobre el tema anotado. Se publica en la parte correspondiente.

Prof. Oscar Trelles.—Me parece muy interesante la comunicación del Dr. Allende Navarro. En él está de acuerdo con los trabajos efectuados en el Japón y en Argentina. En esta observación se trata de un caso de epilepsia en el cual se han encontrado lesiones específicas de los cuerpos coroideos. La epilepsia no se debe considerar como una enfermedad sino como un síndrome.

Felicito al Dr. Allende por su interesante trabajo.

Prof. Honorio Delgado.—Señor Presidente, la comunicación del Dr. Allende Navarro que no sólo se ha dedicado al cultivo del psicoanálisis, sino que colaboró algunos años con el Prof. Von Monakoff, nos demuestra la gran importancia que tiene para la epilepsia el metabolismo del encéfalo.

Esta aportación del Dr. Allende viene a confirmar la más antigua de las concepciones acerca de la epilepsia en el sentido de que en la etiología de esta enfermedad es de valor cardinal la alteración del metabolismo hídrico.

Por esto me permito felicitar calurosamente al Dr. Allende Navarro y le sugiero que continúe en este género de investigaciones tan importantes.

Dr. Baltazar Caravedo, (Presidente).—Yo felicito muy calurosamente al Dr. Allende Navarro y deseo que siga en estas investigaciones.

II.—**Sindrome del nasal; forma neurálgica.**—Prof. Carlos Charlín.

Prof. Carlos Charlín.—Diserta sobre este tema relatando sus hallazgos clínicos y emite una nueva concepción terapéutica.

Prof. Oscar Trelles.—Hemos escuchado con el más vivo interés los hechos relatados por el Prof. Charlín. Tanto más cuanto que a todos los neurólogos nos es dado constatar la realidad de enfermos semejantes y en los próximos que veamos seguiremos las sugestiones terapéuticas que tanto éxito tienen entre las manos de nuestro distinguido colega. Pero no sabríamos seguirlo en sus deducciones etiológicas y patogénicas. Creemos que los enfermos a los que se refiere el Dr. Charlín pertenecen al vasto grupo de las neuralgias del trigémino, siendo una forma particular de ella. Por eso no creemos que sea necesario aislarlo en un síndrome particular, puesto que con la misma razón se podría describir un síndrome de cada una de las ramas del nervio trigémino, respecto del maxilar superior o del maxilar inferior. Pero no hay inconvenientes para considerar estos enfermos en el vasto grupo de las neuralgias esenciales o más bien, de las simpatalgias del trigémino. Tampoco sabríamos seguir al autor en sus inducciones etio-patogénicas. El hecho que algunos de los enfermos curen por la insensibilización de la mucosa pituitaria, no quiere decir que se trae de fenómenos congestivos, sino que se trata allí únicamente de la ruptura de un reflejo viscero-sensible de Mackenzie. La prueba es que como lo han demostrado Alajouanine y Thurel, la insensibilización de estas zonas de donde parte la irritación, basta para curar muchas de estas algias.

Prof. Oscar Fontecilla.—En la brillante comunicación del Prof. Charlín hay que distinguir varios aspectos: en primer lugar, yo tengo que agradecer al Prof. Charlín que, haya accedido a hacer esta disertación sobre la modalidad tan especial de la neuralgia del trigémino que él llama síndrome del nasal y que, tanto en la literatura nacional como en la internacional, se denomina el síndrome de Charlín.

La historia que nos ha referido de su concepción clínica es muy interesante e ilustrativa. Desde luego, con la honestidad y franqueza que caracterizan al Prof. Charlín, nos ha demostrado su procedimiento clínico científico, lo cual es muy interesante porque se da el caso, por desgracia no muy frecuente, de un clínico que es profesor e investigador. El ha hecho medicina científica con elementos que están al alcance de todos los médicos pero que requieren exigencias, las que en el Dr. Charlín han llegado al máximo: primero, encontramos en él un sentimiento de humanidad, segundo, un interés por descubrir los hechos clínicos y si es posible,

sistematizarlos, y por último, una tenacidad admirable, característica de todos los buenos investigadores.

En seguida, estoy en desacuerdo con lo expresado por el Dr. Trelles y aquí, voy a continuar siendo ambivalente, como dijo el Dr. Allende Navarro. Estoy en desacuerdo con el Dr. Trelles cuando dice que la medicina es empírica. El mismo se ha encargado de demostrarnos lo contrario, refiriéndose a cada momento a la anatomía y a muchas otras disciplinas. La medicina va haciéndose cada vez más científica, sin ser ella misma una ciencia. Con el procedimiento del Prof. Charlín, el sector de medicina científica se va agrandando.

Por último, refiriéndome directamente al síndrome del nasal, tampoco es posible, como dice el Dr. Trelles, aceptar todas las insinuaciones patogénicas. Es muy posible que el Dr. Charlín tenga la razón, pero no es posible afirmar. Por ejemplo, en los casos estudiados con la tuberculina que prácticamente son curados con las inyecciones de antígeno metílico, no comprendo cómo una reacción de Mantoux insensibiliza. Si no se explica el efecto de una reacción de Mantoux, menos se explica el caso de la inyección de antígeno metílico. En el primer caso el enfermo había tenido una lesión tuberculosa; en el segundo, esta circunstancia no se dió.

Para conseguir la curación de un enfermo con tratamiento específico, hay que estar seguro de que la etiología sea específica.

Puede ser que con el tiempo el antígeno metílico se reconozca como tratamiento específico de la tuberculosis, hecho que todavía se discute.

Habría más que decir, pero el tiempo es escaso.

Dr. Aníbal Grez.—En una ocasión me cupo el honor de explicar el síndrome del Dr. Charlín y recuerdo que alguien dijo que este síndrome, ya había sido descrito. El síndrome de Charlín ha sido ya reconocido, como dijo el Dr. Fontecilla no sólo en nuestro país, sino también en la literatura extranjera. En los "Anales de Oto-rino-laringología" viene una interesante presentación de un profesor francés que se refiere a veinte casos del síndrome de Charlín. De modo que es al Prof. Charlín a quien corresponde este síndrome denominado también síndrome del nasal.

La experiencia de cinco años a esta parte me recuerda que en muchas ocasiones nos encontrábamos en presencia de rinorreas persistentes, de afecciones dolorosas de la nariz y que seguramente eran formas de neuralgia del nasal. Yo creo que la medicina mientras más investiga más casos etio-

lógicos encuentra y es así como en el reumatismo, encontramos enfermos que son reumáticos focales. Del mismo modo muchas neuralgias también son focales. Creo que investigando las causas etiológicas muchos enfermos podrían curar.

Prof. Oscar Fontecilla.—Como ha llegado la hora fijada para la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, me permito proponer y sintiendo mucho no poder seguir en el tema anterior, que se levante la sesión porque esta hora corresponde a una Sociedad que sólo indirectamente está en relación con las Jornadas y por lo tanto es un deber de cortesía que la asamblea acceda al deseo de la Sociedad.

Dr. Allende Navarro.—Yo pediría que oyéramos al Dr. Schroeder.

Dr. Isaac Horvitz (Secretario).—El Prof. Schroeder se aleja hoy de Chile; en consecuencia, pidiendo disculpas a los ponentes de los temas anunciados para hoy, les ruego cederle la palabra al Dr. Schroeder.

III.—**Glioarquitectura del Sistema Nervioso central.**—Prof. Alejandro Schroeder.

Prof. Alejandro Schroeder.—Diserta sobre este tema ilustrando su exposición con numerosas proyecciones tomadas de preparaciones histológicas del autor.

Prof. Oscar Fontecilla.—La comunicación del Prof. Schroeder nos hace aumentar nuestro sentimiento de admiración por este trabajador de la histología del sistema nervioso.

Hace un momento en una conversación con el Prof. Rojas me decía: mi impresión, a través de los congresos a los que hemos asistido, es profundamente satisfactoria. Comprendo que la disciplina científica de Sud-América se forma. Esto lo demuestra claramente el hecho de que estas Primeras reuniones en nuestro Continente, hayan resultado brillantes. Yo concuerdo con el Dr. Rojas en el sentido de que estas reuniones han permitido expresar a los trabajadores de la América Latina el inmenso progreso de los últimos años. Yo tengo la impresión de que esta reunión médica neurológica y psiquiátrica es la que revela la rapidez con que la América Latina se incorpora a la ciencia. Pues bien, el trabajo del Prof. Schroeder tan brillantemente expuesto, me confirma lo dicho anteriormente. Además hay otro antecedente: en una enciclopedia que se elabora en Alemania sobre neurología se ha encargado al Prof. Schroeder este capítulo. No deseo hacer ningún otro comentario. Sólo diré que ya la América Latina va saliendo de la adolescencia,

entra a la madurez y, si estas Jornadas subrayan el hecho, está justificado el sacrificio de los extranjeros por asistir a ellas y están justificados los pequeños esfuerzos de los chilenos.

Prof. Oscar Trelles.—Todos hemos admirado la brillante exposición del Dr. Schroeder. Lo que él no nos ha dicho es que la mayor parte de sus preparados no están hechos con las técnicas clásicas, sino que ha usado técnicas personales, las cuales le han dado muy buenos resultados. Y me permito parafrasearlo. El otro día nos decía que no quería darnos a comer fiambres. En realidad, cuando uno encuentra fiambres como éste, no almuerza, ni come, ni cena.

Dr. Baltazar Caravedo. (Presidente).—Felicito estusiastamente al Prof. Schroeder.

Prof. Alejandro Schroeder.—No puedo menos que agradecer cordialmente las expresiones del Dr. Fontecilla y del Dr. Trelles. Pero, no puedo negar que si al comenzar este trabajo, hubiera medido la magnitud de él, lo confieso, no habría empezado, pues ha habido días en que he tenido que trabajar 18 horas para dar término a esta gran labor.

Pero voy a hacer otra confesión: yo me siento profundamente americano. He vivido varios años en Europa y talvez por eso me sienta más americano. Y al terminar esta obra siento el orgullo de poder decir: este americano tiene la constancia que puede tener el hombre del Viejo Continente. Este americanismo que siento hoy más que nunca en esta patria grande que se llama Chile me ha llevado adelante para terminar esta obra. Además bosquejo el comienzo de un trabajo sobre citoarquitectura. Un autor ha dicho: la citoarquitectura está terminada. Yo siento tener que decirle: la citoarquitectura empieza.

Yo siento, señores, al hacer este trabajo, un deseo vehemente de que sea también americano, porque el día que América haga el trabajo sobre la citoarquitectura demostrará de una manera objetiva, evidente que va y puede ir más allá que las civilizaciones europeas. De modo que invito a esta juventud chilena que me escucha a cooperar en esta obra que es la única vía que nos revelará los secretos de la corteza cerebral, la que está llena de ellos. Aún no sabemos qué función tenga la corteza y probablemente, este trabajo nos va a decir algo acerca de ella. Invito, pues a la juventud que me escucha, a seguir este trabajo que será una gloria para América.



Dr. Isaac Horvitz

Secretario General de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas.

SEXTA SESION DE TRABAJO

Jueves, 7 de Enero de 1937, 17 horas.

Presidencia del Dr. Baltazar Caravedo.

Local: Auditorio del Instituto Médico-Legal "Dr. Carlos Ybar".

Dr. Francisco Landa.—Como Director del Instituto Médico-Legal, rinde homenaje al fundador de él Prof. Carlos Ybar y pronuncia el siguiente discurso:

Señores, señora Ybar:

Es esta una bella y digna oportunidad, para rendir homenaje a la memoria del fundador de esta Institución, el Dr. Carlos Ybar, hombre cultísimo, apóstol de un ideal, que él dejó convertido en realidad, gracias al sacrificio heroico de su fortuna, de su profesión y de su propia existencia; esta fué una obra de romanos, en la cual estaba incrustada el alma de su autor; fué una serie no interrumpida de desvelos, de dificultades y de amarguras, y, en lo más ardiente de la lucha por organizar, un huracán, le arrancó su obra de las manos. La nostalgia consecutiva a este acontecimiento, dobló su frente después del último suspiro.

El Dr. Ybar, es el Jefe espiritual de este templo, y sus sabios y filosóficos consejos, guian aún su dirección.

Yo me atrevo a tomar su nombre en este momento, para saludar y agradecer su presencia aquí a los sabios visitantes que se congregan inspirados por los más altos ideales que puede abrigar la mente humana en pro de su perfeccionamiento; estos ideales eran los del Dr. Ybar y, por esto, yo creo que él está con nosotros en estos instantes y que su espíritu se cierne sobre nuestras cabezas iluminando esta mente colectiva para que dé sus mejores frutos.

Un empeño del Dr. Ybar fué el de darle forma a la carrera de médicos legistas cuyas funciones pertenecían, casi todos a los médicos de ciudad que eran de origen fiscal muy

antiguo; su existencia dependía de la Ley anual de Presupuestos. Cada departamento tenía un médico de ciudad.

El 31 de Diciembre de 1887 se dictó un Reglamento Supremo que especificó las funciones de estos médicos, dándoles muchas obligaciones que tuvieron después los médicos legistas.

En 1892, se dictó una ley que dispuso que los Médicos de Ciudad pasaran a depender de las Municipalidades un poco antes de esta época, el Dr. Federico Puga Borne, siendo Ministro de Justicia y de Instrucción Pública, creó la función de médico legista, cuyo primer objeto fué la de comprobar las defunciones que ocurrieren cuando en esos casos no había intervenido otro médico.

Con la creación de este Instituto, se afianzó la función de Médico Legista como una institución nacional.

Las gestiones practicadas por el Dr. Ybar, dieron por resultado la organización del Servicio en Santiago y Valparaíso.

Posteriormente se ha procurado la organización del Servicio en todo el país, lo que aún no se obtiene; hemos confeccionado un Proyecto de Ley con este objeto y yo espero que el Congreso le dé paso en cuanto lo tome en estudio, porque es una cuestión que la Justicia reclama con urgencia.

Ahora, quiero que la honorable y culta concurrencia, me permita decir algunas palabras relativas a la cuestión culminante de las Jornadas Neuro Psiquiátricas Americanas. Declaro no conocer los programas de las Jornadas del Atlántico; sin embargo, voy a avanzar algún juicio, de carácter general, en la convicción de que encontraré benevolencia entre los asistentes a estas Jornadas.

Desde hace muchos años a esta parte, me preocupa el problema de la enseñanza pública y sé que, en nuestro país ella adolece de defectos fundamentales, defectos que no son extraños al estado de atraso intelectual y material en que nos encontramos.

Siendo la enseñanza una cuestión eminentemente psíquica, me extraña el papel casi negativo, que la psicología y la psiquiatría han hecho en el desarrollo de esta gran función del Estado. La enseñanza, es el campo más amplio y más fecundo adonde se deben aplicar estas actividades del saber; la psicología y la psiquiatría, deben procurar una alianza amplia e íntima con la pedagogía.

Sin profundizar mucho en los defectos de nuestra enseñanza, podemos decir que ellos se destacan primeramente en las escuelas normales, establecimientos que tienen, todavía resabios de rutina; en ellas no se selecciona al alumnado y se acepta al aspirante que cumple sólo con algunos requi-

sitos elementales; pero, no se investiga su vocación ni su psicología y los programas de enseñanza carecen de las materias que abarca la psicología, ramo que cada maestro debe conocer a fondo, sin lo cual no podrá jamás dirigir atinadamente a sus alumnos ni clasificarlos ni determinar su vocación, determinación que cada día se hace más necesaria para la mejor orientación de los alumnos en la vida práctica.

Por estas razones, las escuelas normales dan una cifra muy alta de maestros deficientes o malos.

Los maestros primarios, son los constructores de los cimientos sociales y de la estructura de los pueblos. Con malos maestros sólo se obtienen malos ciudadanos y países mediocres o retrógrados.

Las escuelas normales reclaman imperiosamente, la intervención de la psicología, para completar la obra de la pedagogía y producir pedagogos psicólogos, aptos para desempeñar debidamente su delicada misión.

Tenemos después, las escuelas primarias, en las que hará un gran papel la psiquiatría, asociada a la psicología y a la pedagogía.

En estas escuelas, es necesario curar muchas taras y de aquí, el papel preponderante reservado a la psiquiatría.

He formulado estas observaciones, con el propósito de llamar la atención de los hombres que estudian estas cuestiones, hacia la necesidad que se siente, de que la psicología y la psiquiatría tomen el lugar que les corresponde en la enseñanza pública.

Acabamos de presenciar una hecatombe, con la guerra del 14 y cuando, aún no están cicatrizadas las heridas, nos encontramos frente a otra que amenaza tomar proporciones incalculables. Por otro lado, estamos experimentando un grave fenómeno que consiste en el relajamiento de las costumbres humanas, de las que no es extraño el bello sexo, circunstancia acaso más amenazante que la gran hecatombe que se dibuja en el horizonte europeo.

Todo esto acusa gravísimos trastornos mentales en la humanidad y ello, reclama medidas reguladoras que, aunque sea un poco tarde, eviten el derrumbe total.

Estas medidas sólo las podrá proporcionar, la alianza de la pedagogía con la psicología y con la psiquiatría.

Este trío que pudiéramos llamar el trío de salvación de la humanidad, nos podrá permitir alcanzar otro trío que pudiéramos llamar el trío de la felicidad que lo constituirían la Eugenesia, la Euforia y la Eutanasia, el que permitirá a la humanidad, nacer bien, vivir bien y morir bien.

Las Américas, por medio del felíz movimiento iniciado con las Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico, podrán levantar un brazo potente, que señale al mundo la senda nor-

mal y que concluya por la instalación del taller, en donde se fabricarán herramientas de trabajo para la escuela y para el saber, taller que podríamos oponer al taller construído en el Viejo Mundo y destinado a la fabricación de mortíferos instrumentos. En aquellas tierras de antigua civilización, se oyó la voz de la moral universal que dice a los hombres "Amaos los unos a los otros", pero, un fenómeno psico-parabólico, ha invertido el significado de esa sentencia y como si ella dijera mataos los unos a los otros, los hombres se están destruyendo por millares, sin respetar ni a las mujeres, ni a los ancianos ni a los inocentes niños.

En medio de la tormenta que azota a la especie humana, debe surgir la obra de las Jornadas Neuro Psiquiátricas Americanas, las que abrazando todo el cuadro de horror que presenciamos, se presenten como el arco iris de paz y de consuelo.

Me resta ofrecer a las Jornadas Neuro Psiquiátricas Americanas, el modesto concurso de que este Instituto puede disponer, como contribución a la gran obra en desarrollo.

I.—**Quinto tema oficial: "Normas recomendables para la elaboración de los informes de psiquiatría forense".**

a) Relación del Prof Nerio Rojas.

Profe. Nerio Rojas.—Da lectura a una muy documentada y completa ponencia sobre este interesante tema. Se publica en el lugar correspondiente.

b) Relación del Prof. Jaime Vidal.

Prof. Jaime Vidal.—En su relación aborda el tema desde otro punto de vista extendiéndose sobre el concepto de responsabilidad. Se publica igualmente a continuación de la anterior.

Dr. Baltazar Caravedo.—(Presidente).—Se abre la discusión de los trabajos leídos.

Dr. Oscar Fontecilla.—Ya que nadie quiere hacer uso de la palabra la pido yo.

Cuando se trató de la elaboración del programa de estas Jornadas, propuse el tema "Normas recomendables para ra elaboración de los informes médico-psiquiátricos". Inmediatamente pensamos que el relator de este tema debía ser el Dr. Rojas. La manera como el Prof. Rojas se ha explayado me excusaba ante él de la insistencia casi majadera con que le rogué en cuatro o cinco cartas que viniera a Santiago. El Prof. es un hombre muy bondadoso, hizo ese sacrificio y aquí lo tienen.

En la sesión preparatoria de las Jornadas Neuro-psiquiátricas me permití recordar que el Prof. Nerio Rojas pertenecía a una notable estirpe intelectual, desde antiguo, conocida y respetada en Chile. Me van a permitir mis cole-

gas evocar aquí la figura de su ilustre hermano, el gran historiador, pensador, dramaturgo y poeta argentino que fué, como Uds. saben, brillantísimo Rector de la Universidad de Buenos Aires. Y me van a permitir evocar su nombre por cuanto él es un gran amigo y admirador sincero de nuestro país y porque en la época de su Rectoría se pudo verificar en Buenos Aires la Primera Conferencia Latinoamericana de Neurología, Psiquiatría y Medina Legal, gracias al apoyo, a la comprensión y al entusiasmo del propio Rector señor Rojas.

En la sesión inaugural de aquella asamblea pronunció un discurso en el cual manifestó el concepto preciso, profundo y exacto de las disciplinas que aquí nos han reunido.

El Prof. Nerio Rojas es, sin duda alguna, el Profesor de Medicina Legal más completo que hay en América Latina. Agreguemos a eso que es un profesor que trabaja en Buenos Aires en condiciones absolutamente desproporcionadas con los méritos del maestro. Cuando lo he visitado casi me ha emocionado la modestia de los recursos con que trabaja el Profesor Rojas. Casi, si se me permite, diré que trabaja en la indigencia. Sin embargo, este profesor ha fundado una escuela latino-americana de Medicina legal; este profesor ha formado una pléyade de discípulos sumamente brillantes; ha impulsado las investigaciones; ha producido obras didácticas magníficas y ha sistematizado la enseñanza; ha trabajado en forma muy fructífera para que la medicina legal práctica se organice, se aclare y se corrija tanto en el sentido de la buena administración de la justicia como en la buena disposición de los médicos que se dedican a estos ramos. El Prof. Nerio Rojas ha influído en forma notable en la elaboración de las leyes argentinas que se refieren a la Medicina Legal y en la modificación y modernización del Código Penal Argentino en lo referente a cuestiones médicas. Y este hombre que es un sabio en Psiquiatría y Medicina Legal, es un literato de primer orden, un literato que demasiado conocemos aquí. Y aprovechando estas circunstancias, con un sentimiento de colaboración social que es un ejemplo para todos, da constantemente conferencias sobre diversos temas, de algún modo relacionados con la Psiquiatría y con la Medicina Legal que se han difundido en Buenos Aires y en toda Argentina, pues el público se interesa y comprende la importancia de ello. Una vez más se da el caso de que lo esencial en la obra de los hombres es el hombre. El Prof. Nerio Rojas con recursos tan limitados como los que están a su disposición, puede hacer una

obra que es un ejemplo para los trabajadores latino-americanos.

Refiriéndome a la ponencia del Dr. Rojas puedo decir que es un documento que necesitábamos. Esa es la verdad, necesitábamos los médicos latino-americanos una exposición de normas generales precisas y claras que tengan un fin fecundo y serio como el de las Jornadas Neuropsiquiátricas del Pacífico. Yo estoy sumamente feliz de haber contribuido a que el Prof. Rojas haya traído hasta nosotros esta obra, porque, en realidad no es sólo un trabajo, es una obra.

En cuanto a la segunda ponencia, tengo poco que decir. En primer lugar el tema es "Normas recomendable para la elaboración de los informes médico-psiquiátricos". El Dr. Vidal ha hablado de ello muy poco y al final de su ponencia. Además se ha referido a cuestiones que no están en tabla; se ha referido a las disposiciones que deben tomar los Tribunales para designar los peritos. Ha traido a colación las preocupaciones recientes de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal que llegó a conclusiones aprobadas por unanimidad en este sentido.

Ahora refiriéndome a la parte en que el Prof. Vidal habla de los informes, sus conceptos sobre la responsabilidad no me parecen pertinentes. El problema de la responsabilidad es un problema complejo: pero eso no nos importa, lo interesante es saber si es o no un problema médico. ¿En qué parte de la medicina tenemos los elementos para encarar el problema médico de la responsabilidad? Por otra parte, los Tribunales no deben preguntar al médico si un individuo es o no responsable, puesto que no es un asunto médico.

El problema de la responsabilidad se puede encarar desde muchos ángulos. Desde luego, hay responsabilidad moral, social y legal. ¿A cuál de ellas se debe referir el perito? El psiquiatra dirá si el individuo es o no enfermo y el juez determinará la sentencia. El psiquiatra dirá en qué condiciones fisiológicas se cometió el hecho y nada más. El juez verá sus antecedentes y resolverá a qué parte del Código se refiere el caso.

Como me he extendido demasiado, dejo la palabra y termino felicitando a los Profesores Rojas y Vidal.

Prof. Gonzalo Bosch.—Yo no pensaba hablar. Pero mi distinguido amigo, el Prof. Fontecilla, ha planteado un problema de vital importancia y es el de la responsabilidad y, naturalmente, quiero aclarar una cuestión que es sumamente importante. Yo creo que depende de la terminología corriente el que se le dé a la responsabilidad, un sentido me-

tafísico o psicológico. El problema de la responsabilidad desde el punto de vista psicológico es una resultante funcional, de modo que yo creo que corresponde al psiquiatra este asunto. De modo que tanto para la Psiquiatría como para la Medicina general y legal es necesario que el médico sea psicólogo. Si nosotros vamos buscando el alma visiblemente, vamos a llegar a un terreno, metafísico, pero si buscamos las funciones desde luego nos vamos a encontrar con la responsabilidad o con la resultante que se llama reflexión.

Dr. Alberto Benítez.—No resisto al deseo de decir dos palabras respecto a lo expresado por los Profs. Rojas y Vidal. Creo necesario agregar un dato como condiscipulo del Prof. Rojas en la cátedra del Prof. Laignel Lavastine. Recuerdo que en cierta ocasión el Prof. Rojas disertó sobre cuestiones sexuales despertando la atención de toda la concurrencia y recibiendo los aplausos del Prof. Laignel Lavastine. De modo que lo dicho por el Prof. Fontecilla en su elogio, es poco, pues el Dr. Rojas es reconocido por los Profesores de Europa. Debo expresar mis agradecimientos en nombre de la Medicina Legal, en la cual he trabajado durante años, por cuanto el Prof. Nerio Rojas ha hecho una síntesis de su experiencia personal y de las principales obras médico-legales. Nos ha traido una verdadera obra resumida que debemos agradecerle intensamente.

Yo creo que como dijo el Prof. Fontecilla, en toda obra lo esencial es el hombre. En Chile es deficiente la formación de los peritos y estos no pueden ser elegidos por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal ni por los Ministerios de Justicia. La formación de los peritos requiere estudios especiales, viajes al extranjero y visitas a los establecimientos europeos. La Sociedad de Neurología al pretender elegir a los peritos no ha tomado en cuenta mi persona lo que considero una injusticia.

Me adhiero entusiastamente al aplauso por el trabajo del Dr. Rojas y respecto de los peritos quiero dejar sentada mi manera de pensar. Porque hacen falta peritos. Esto lo hago en nombre de la Medicina Legal.

Prof. Hugo Lea-Plaza.—En cuanto a la actitud del médico frente a la responsabilidad misma creo, por mi parte, que el perito no debe en absoluto referirse a la responsabilidad, porque ella incumbe al juez. Desgraciadamente los jueces no comprenden las cosas así y los peritos se ven forzados a referirse a ella.

Prof. Jaime Vidal.—Por lo que ha expresado el Prof. Fontecilla aparece como un censor oficial de las ponencias.

Sin embargo, yo puedo decirle Prof. Fontecilla, que el problema de la responsabilidad lo he encarado con criterio médico-legal. El problema de la responsabilidad como lo entiende el Dr. Lea-Plaza ha estado sujeto a grandes discusiones, porque había gran número de médicos que encontraba muy cómodo no pronunciarse sobre cuestiones de la responsabilidad.

El médico, dicen, tiene que citar los síntomas, hacer el diagnóstico. Pero el juez necesita que le relacionen la importancia que tienen estos diagnósticos en cuanto a la capacidad legal del sujeto y el único que puede hacer esto es el médico. Si el médico excluye esto, no cumple con su papel de perito. Quiero dejar expresamente dicho que el médico está en la obligación de profundizar esta materia pero con criterio médico-legal, de acuerdo con lo establecido por el Código, pues esto aclara las ideas confusas que tenga el juez.

Ahora quiero referirme a la circunstancia de la censura del Prof. Fontecilla. Si abordé el tema en esta forma fué porque pensé que el Dr. Rojas lo iba a hacer desde un punto de vista clásico y yo iba a caer en la redundancia. Creo que a nadie se le puede fijar la manera de abordar un tema y cada autor de una ponencia tiene cierta libertad para ello. El mismo Prof. Nerio Rojas encontró muy vago el tema. Por último, creo que no vale la pena discutir esto.

No quiero que el Dr. Benítez se quede con una falsa impresión de que en estos trabajos ha habido el propósito preconcebido de eliminar a un perito con título de la Universidad de París. Eso no puede haber pasado por ninguna mente sensata. Si en los artículos del proyecto de la Sociedad de Nesrología no se contempla el caso del Dr. Benítez, el Directorio puede hacer caso omiso del Reglamento para reconocer el mérito de ciertas personalidades.

Prof. Antonio Sicco.—No voy a hacer el elogio de la personalidad del Prof. Nerio Rojas, pero creo que vale la pena subrayar la manera como él elaboró el informe, ya que estudia la manera cómo se elaboran los informes médico-legales. Yo quiero hacer notar la sobriedad, la concisión de todo el informe en un lenguaje exacto, en un lenguaje científico y todos se darán cuenta del trabajo que ello significa. No ha dejado absolutamente ningún problema por tocar. En lo que se refiere a los informes médicos-legales, los ha analizado en tal forma, los ha deshojado y ha dado, al final, una serie de consejos, de advertencias, ha señalado las dificultades. Puedo decir que después de oír el trabajo del Dr. Nerio Rojas queda la impresión de que ha previsto to-

das las dificultades que se pueden presentar, llegando a constituir un texto de consulta para todos aquellos que necesiten hacer un informe médico-legal. Uno de los aspectos de la elaboración de los informes médico-legales es la responsabilidad.

Creo, además, que las discusiones que se han suscitado después no sólo son improcedentes, sino destructivas. Creo que ese es el punto final.

Prof. Oscar Fontecilla.—No puedo quedar tranquilo porque mi estimado amigo y colega, Dr. Vidal va a llevarse una falsa impresión de lo que he querido decir. En primer lugar, yo me permití modestamente hacer uso de la palabra después de las ponencias cuando nadie quiso decir nada, nadie pidió la palabra. Y el Prof. Vidal ha tenido la pretensión de decirme censor de las ponencias. El mismo interés que tengo por el problema me lleva a hablar en forma casi violenta. Es una cuestión de temperamento. Pero, el Prof. Vidal que me conoce, sabe cuales son mis intenciones y mal puede decir que soy censor. Lo que he hecho ha sido criticar su ponencia. Desgraciadamente lo he hecho en forma brusca; le pido mil perdones.

Dr. Luis Custodio Muñoz.—Yo no voy a hacer elogios que están echando a perder la finalidad de estas Jornadas. Quiero preguntarle al distinguido relator que nos alumbre sobre esta cuestión de la responsabilidad. ¿Es ella un problema nuestro o cree el señor relator que es un problema de competencia extra-médico? Es lo que quiero preguntar.

Prof. Nerio Rojas.—A mí me ha sido muy doloroso que haya habido un desvío un poco personal en esta discusión, porque este desvío no ha permitido que transcurriera el tiempo que todo hombre necesita para reponerse de una impresión. Es el tiempo que necesita el organismo después del shock que produjeron en mí los elogios exajerados que los acepto como una expresión de amistad de mi querido amigo Fontecilla. En la misma categoría afectiva están los elogios de mi querido amigo Benítez, igualmente de mi amigo Sicco. Fontecilla ha hecho más; se ha referido a un gran hermano mío. Ese recuerdo y el elogio de mi hermano Ricardo que, en estos últimos años ha padecido por su patriotismo, me han conmovido hasta el fondo de mi conciencia. En cuanto a lo que ha dicho respecto a mí, se lo agradezco de todo corazón, descontando lo que hay de excesivo. Pero reconozco sí el estado de indigencia en que trabajo en Buenos Aires y hay otras verdades que no voy a detallar porque son efecto de las pequeñas miserias con que la política universitaria de mi país hostiliza a ciertos hom-

bres. Yo he padecido, pero hoy tengo la satisfacción de trabajar, no sólo con comodidad, desde hace poco tiempo, sino de haber obtenido una reforma general, de contar con un Instituto adecuado donde seguiré colaborando no sólo con mi capacidad sino con mi buena voluntad.

En cuanto a las cuestiones doctrinarias que he planteado aquí, creo que son de dos órdenes: una es la cuestión de la designación de los peritos por listas, cuestión que he tratado de paso y que creo no es el motivo especial de la ponencia y el tema propuesto, lo cual no voy a discutir.

Queda otro punto: lo que el Dr. Muñoz me planteaba.

Yo he dicho, una vez en las Conferencias Neuro-psiquiátricas de Buenos Aires, siendo relator del tema, que para un relator era muy desagradable que, después de haber hecho su exposición, se discutieran las cuestiones accesorias y se dejaran en blanco las cuestiones fundamentales. Esta tarde ha tenido una desviación aún mayor con la pregunta del Dr. Muñoz. No hay nada más desagradable para un relator que ser interrogado sobre una cuestión que se ha expuesto en trabajo leído.

Dr. Muñoz, el punto 4.g dice así: **(lee la parte correspondiente de su ponencia).**

Yo creo y tengo la impresión que no se puede ser más preciso en una cuestión tan de fondo, en menos palabras. Y precisamente por haberlo dicho en pocas palabras, sin duda, ha pasado desapercibido. Si el Dr. Muñoz desea algo más completo yo creo que como conclusión basta.

El problema de la responsabilidad es ajeno al médico. Este debe resolver solamente el problema médico. Es un alienado o no es un alienado. Debe hacer el diagnóstico, el diagnóstico retrospectivo y establecer el problema psicogenético. Debe decir aquí hay tales y cuales factores mórbidos. El diagnóstico retrospectivo es un problema médico, pero no implica resolver el problema de la responsabilidad.

Desde el punto de vista médico, el derecho penal tiene diversos aspectos: es el criterio biológico, el criterio psicológico o el criterio mixto. Hay tres problemas: el médico, el judicial y uno psíquico, o sea, el metafísico. Problema médico: el diagnóstico del delito. Problema judicial: la responsabilidad biológica. El criterio biológico que se basa en el hecho de saber si un sujeto es enfermo o no. Por eso, los Códigos dicen: no hay responsabilidad cuando el sujeto está demente, alienado o loco en el momento del hecho. Y el perito resuelve si el sujeto está o no enfermo. Se llama criterio psicológico el que dice: no hay delito, no hay responsabilidad cuando el sujeto se ha encontrado, al cometer

el delito sin discernimiento. Este criterio no es médico, sino psicológico, de la responsabilidad, cuya fórmula más común es la del discernimiento, o sea que el sujeto no habría tenido noción de la criminalidad del acto. Este criterio es el más corriente después del metafísico de la escuela clásica.

El Código argentino dice: no hay responsabilidad cuando en el momento del hecho el sujeto se encontraba en situación de inferioridad, a consecuencia de la cual no ha podido comprender la trascendencia del acto. Y entonces es necesario que se agregue a esto un estado morboso. Criterio mixto que es detestable. Entonces, en Argentina, ¿qué está pasando? Que los jueces y los peritos no hacemos caso del criterio psicológico, sino al resolver las dificultades que se presentan en los estados limítrofes. Estos estados deberían tener una solución acordada en un Código. Y ¿con qué criterio los resolveremos? La solución se plantea en el terreno médico y jurídico.

Dr. Luis Custodio Muñoz.—Me felicito de haber obtenido del Prof. Nerio Rojas estas explicaciones respecto a un problema fundamental dentro de las Jornadas.

SETIMA SESION DE TRABAJO

Viernes, 8 de Enero de 1937, 11 horas.

Local: Auditorio de la Cátedra de Higiene. Escuela de Medicina.

Presidencia de los Profs. Gonzalo Bosch y Arturo Mardones.

I.—**Sexto Tema Oficial: "Metodología de la Enseñanza de la Psiquiatría".**

Relación del Prof. Julio Endara.

Dr. Isaac Horvitz.—(Secretario).—En ausencia del **Prof. Endara, da lectura a la documentada ponencia enviada por este autor y que se publica en el lugar correspondiente.**

Prof Gonzalo Bosch.—(Presidente).—Acabamos de oir la magnífica ponencia del Dr. Endara. De más está decir que no corresponde la discusión de este tema, desde el momento que lamentamos todos la ausencia de su autor. Esto no impide que se digan algunas palabras acerca de él. El Dr. Endara es un espíritu investigador que hace trabajar a sus colaboradores en forma encomiable. Tiene una labor extensa y su ponencia nos demuestra sus conocimientos profundos en los campos de la Psiquiatría. De modo que me adhiero al aplauso en homenaje al ilustre y dignísimo amigo el Dr. Endara.

II.—**Vías centrales del reflejo pupilar. Contribución anátomo-clínica.**

Prof. Manuel Balado.—Diserta sobre este tema haciendo numerosas demostraciones sobre sus hallazgos anátomo-clínicos.

Prof. Oscar Trelles.—Debo hacer resaltar la importancia del trabajo del Dr. Balado. Según lo que nos dice existen dos mecanismos anátomo-patológicos: uno central y otro periférico. Puesto que en casos de parálisis general el signo de Argyll-Robertson está demostrado. Esto está muy bien para los procesos claros. Pero, en los procesos de encefalitis letárgica en que todas las lesiones son centrales, siempre creo necesario admitir este signo. Yo creo que no ha

sido la misma región la que se ha lesionado. Esto quisiera preguntárselo al Dr. Balado. Si él toma estas dos posibilidades o si es siempre un síndrome periférico.

Prof. Manuel Balado.—La observación del Dr. Trelles es del más profundo interés; el Dr. Trelles al hacerla demuestra lo que él ha observado.

En realidad, cuando se dice signo de Argyll-Robertson en una lesión encefalítica, la expresión no es exacta, porque el signo de Argyll-Robertson envuelve precisamente la contracción de la pupila. Eso es lo fundamental. En los procesos encefalíticos tiene valor cuando el reflejo luminoso se acompaña de contracción de la pupila. Pero cuando se acompaña de midriasis, entonces el mecanismo tiene que ser central. Por eso los investigadores que buscan la evolución del reflejo luminoso, tratan de reproducir en el enfermo el Argyll-Robertson.

En experimentos realizados en gatos se ha demostrado que en las primeras horas se encuentra una contracción pupilar que desaparece. Después en los días siguiente,s las pupilas quedan dilatadas y el reflejo luminoso ha desaparecido. La primera vez que se descubrió una lesión del núcleo de Edinger y Westphal, se observó un caso en que sólo estaba lesionado el iris. Estas son razones de orden fundamental y nó clínico.

II.—**La vista en la apreciación del peso.** Prof. Jorge Nicolai.

Prof. Jorge Nicolai.—Expone sus investigaciones sobre este tema haciendo demostraciones con dispositivos de su invención. Se publica en el lugar correspondiente.

Prof Manuel Balado.—El método del Prof. Nicolai es muy interesante. Nos ha demostrado que existe una representación gnósica y otra práxica. Lo debemos considerar como un gran aporte en esta materia.

Prof. Gonzalo Bosch.—(Presidente).—Si nadie hace uso de la palabra me voy a permitir hacer una objeción. Desde luego el trabajo del Prof. Nicolai, tiene valor como consideración psicológica.

En el año 1929 o 1930, no recuerdo exactamente, en el Boletín Psiquiátrico de Rosario, dependiente del Prof. Ciampi, se publicó un trabajo relacionado con la ilusión de los pesos. En el trabajo del Prof. Ciampi se establecía ese estado de ilusión que nosotros podemos apreciar cuotidianamente, cuando se nos presenta un objeto muy pesado. Por otra parte, cuando nosotros nos damos cuenta de ello cabe una terminología que hemos propuesto en una conferencia dictada en Buenos Aires, la ilusinosis. Porque ,así como existe la alucinosis cuando un alienado se da cuenta

de que está en presencia de una alucinación, también un sujeto normal puede darse cuenta de una ilusión.

Este trabajo advierte que se trata de fenómenos senso-perceptivos y no estaré de acuerdo en que sea siempre senso-perceptivo. Podemos aceptar de que antes de existir la percepción, aparece el fenómeno. En la patología mental, en los síndromes confusionales, a veces no existen los procesos de sensación, sino los procesos de percepción.

De todos modos felicito al Prof. Nicolai.

Prof. Jorge Nicolai.—El valor de este método consiste en reducir los diferentes fenómenos de la naturaleza a datos estadísticos. De este modo me he propuesto únicamente hacer la proporción numérica de la ilusionabilidad. De modo que las objeciones hechas a mi trabajo no pueden tener contestación hasta tener datos más exactos al respecto. Pues por el momento, he hecho una exposición de los valores numéricos seriados en una forma estadística. Mi único propósito ha sido diferenciar lo que Charcot denomina ópticos y motores. Nada más.

Prof. Gonzalo Bosch.—(Presidente).— El que habla ofrece la presidencia al Dr. Mardones, Director de la Escuela de Medicina, pues los Delegados extranjeros debemos ir a la Moneda a la audiencia con el Presidente de la República.

IV.—**Metabolismo del cerebro.**—Prof. Eduardo Cruz-Coke.

Prof. Eduardo Cruz-Coke. — Da lectura a su relación.

Prof Arturo Mardones. (Presidente).—Se ofrece la palabra.

Dr. Waldo Iturra.—Me complazco en haber escuchado el trabajo del Dr. Cruz-Coke y lamento que obligaciones protocolares hayan obligado a los delegados extranjeros a retirarse.

Felicito al Dr. Cruz-Coke.

Prof. Arturo Mardones.—(Presidente).—Felicito al Dr. Cruz-Coke por su interesante disertación.

OCTAVA SESION DE TRABAJO

Viernes, 8 de Enero de 1937, 16 horas.
Local: Asociación Médica de Chile.
Presidencia del Prof. Javier Castro Oliveira.
Prof. Javier Castro Oliveira:

Señores:

Antes de comenzar la sesión permítanme los estimados colegas, Directores de las Jornadas Neuro Psiquiátricas, agradecerles en nombre de la Asociación Médica de Chile, la oportunidad que le han dado para recibir en su Casa a este escogido grupo de clínicos e investigadores que se dieron la tarea de llegar hasta nosotros como embajadores de ciencia y amistad.

Señores Delegados: Tenemos los médicos chilenos cabal conocimiento de vuestras investigaciones y de sus resultados, os conocemos bien, sabemos que el tiempo os es insuficiente para atender vuestros afanes de investigación y os agradecemos que hayáis hecho el sacrificio de abandonar tantos interesantes trabajos para venir hasta nosotros a mostrarnos el resultado de vuestros estudios y a darnos una fuerte dosis de entusiasmo para que nuestros estudiosos insistan en los suyos a fin de poner al servicio de los hombres una mayor masa, un mayor acervo de conocimientos útiles.

No forman parte preferente del programa de esta Asociación, ni la investigación individual, ni los estudios especializados. Su misión se dirige a luchar porque los adelantos conquistados sean llevados a la práctica y se incorporen lo más luego posible al trabajo cuotidiano en todos los servicios en que actúan los médicos de las Federaciones que la componen.

La Asociación Médica de Chile, busca constantemente el perfeccionamiento de la Medicina Social, espiga en todos los campos los frutos del ingenio humano para disminuir el sufrimiento humano, aplaude y agradece a todos los hom-

bres que abandonando sus propios cuidados se entregan por entero al cuidado de los demás, a los que impulsan el progreso, investigan y crean, materializan las ideas, abren cada día una nueva esperanza y destruyen una dolencia.

Formáis parte señores delegados, de esa falange de entusiastas que quieren desterrar el dolor y ansían el reposo y la alegría entre los hombres y sois sus representantes. La Asociación Médica de Chile, saluda en vosotros a todos los médicos de nuestra Patria Americana y os dá la más cordial bienvenida.

I.—**La constitución de la Norma anterior de la Cabeza.** —Dres. Edgardo Schirmer y Juvenal Barrientos.

Dr. Juvenal Barrientos.—Expone un trabajo muy completo sobre el tema anotado. Se publica en la parte correspondiente.

Prof. Oscar Fontecilla.—Yo propongo que el ponente lea sólo las conclusiones de su trabajo.

Prof. Castro Oliveira.— (Presidente).—Hay necesidad de ser breves, pues los Delegados deben estar en la Facultad de Medicina a las 7.

II.—**Barrera ecto-mesodérmica.**—Dr. Fernando Allende Navarro.

Dr. Allende Navarro.—Diserta sobre este tema en forma completa.

III.—**Asistencia social psiquiátrica.** — Sta. Cristina Galitzi.

Sta. Cristina Galitzi.—Da lectura a una exposición sobre la cuestión encerrada en el título. Se publica en la parte correspondiente.

IV.—**Neurosis y su tratamiento.**—Drs. Gonzalo Bosch y Carlos R. Pereyra.

Prof. Gonzalo Bosch.— Da lectura a esta interesante comunicación.

V.— **a) Estudio proporcional del encéfalo.— b) Circunvoluciones cerebrales.— c) Plexo sacro.**— Prof. Gustavo Jirón.

Prof. Gustavo Jirón.—Diserta sobre estas cuestiones producto de sus propias investigaciones.

VI.—**Demencia sifilítica.**—Dres. Gonzalo Bosch y Ernesto Andía.

Prof. Gonzalo Bosch.—Ha traído a consideración de la **Asamblea un caso aún no publicado de una demencia paralítica sin demencia sifilítica.**

A continuación da lectura a su trabajo.

Prof. Castro Oliveira.— (Presidente).— Agradeciendo los interesantes trabajos presentados en esta Asamblea, se da por terminada la sesión.

SESION EXTRAORDINARIA DE LA FACULTAD DE BIOLOGIA Y CIENCIAS MEDICAS EN HONOR DE LAS DELEGACIONES EXTRANJERAS

Viernes, 8 de Enero de 1937, 19 horas.

Prof Armando Larraguibel.— (Decano).— En un elocuente discurso saluda a las Delegaciones Extranjeras a las Jornadas Neuro-psiquiátricas. Ofrece la palabra al Prof. Hugo Lea-Plaza para que exprese el discurso de recepción.

Prof. Hugo Lea-Plaza.—Pronuncia una brillante alocucion en que expresa el honor que significa para la Facultad la visita de las notables personalidades extranjeras.

Prof. Nerio Rojas.

Señor Decano, querido Lea Plaza, colegas y señores:

Cada día desde que estamos en Santiago, solamente si no tuviera un deber universitario que cumplir me limitaria a decir: gracias señor Decano.

Con una fineza tan chilena, ha querido el Sr. Decano, hace un instante evocar en el lenguaje de la poesía el nombre de Sarmiento que es de todos los héroes de nuestra vida civil el más chileno y porque encontrara refugio en Chile, Sarmiento escribió en Yungay las mejores páginas. Y todavía para sentirse más en su casa tuvo en Chile su famosa polémica. Mientras Alberdi vivía en Quillota, Sarmiento rugía en mi patria.

Por eso, Sr. Decano, lo que acabáis de hacer es doblemente valioso.

Llega una vez más hasta el fondo de nuestras emociones. Y esto que nos pasa a los argentinos cuando estamos en Chile es lo que nos pasa a todos los americanos del Sur.

Así, un gran maestro de la ciencia, ha dicho, que la ciencia no tiene patria pero que los hombres de ciencia la tienen. Nosotros los sud-americanos tenemos que rechazar esto en lo que respecta a América, porque aquí la ciencia no sólo la ciencia no tiene patria, sino que nosotros tampoco la tenemos. Por lo menos, lo único que sentimos es la América. Somos hombres que tenemos en nuestro país una hermandad.

Cuando he entrado, hace un instante, a esta sala y he visto esas paredes adornadas con las efigies de los maestros chilenos. iguales a las efigies que adornan la sala de nuestra propia Facultad. Cuando he visto las caras también de vosotros chilenos que habláis en el mismo idioma, que tenéis la misma historia nuestra, que respondéis al mismo tipo físico he sentido que somos todos hermanos y hermanos de corazón. Como por una coincidencia, el destino ha querido que hoy tenga un nuevo motivo de satisfacción.

El año 1912 una caravana de jóvenes del Brasil, Uruguay y Argentina, recibimos a los compañeros de Chile por ser un viaje que significó un símbolo por ser el primer viaje que la delegación chilena hacía a ese país y nos sentimos todos los sud-americanos confundidos en el mismo sentimiento, porque los peruanos no hicieron ninguna diferencia como no la hacen ahora.

Todos los pueblos de Sud-América estamos unidos en una misma hermandad y la ciencia es uno de nuestros fines principales.

Prof. Honorio Delgado:

Señor Decano, Dr. Lea Plaza, señores congresales:

Yo he tenido la suerte de conocer en este Congreso al Dr. Nerio Rojas, cuya fama he admirado desde hace mucho tiempo. Y tengo la desgracia de seguirlo en el uso de la palabra. De tal modo que pido disculpas por el contraste entre el gran alcance de las palabras del Dr. Nerio Rojas y mi gran dificultad de expresión. Pero cuanto voy a decir son cosas que de nacen del corazón. Estoy muy agradecido de todas las atenciones del cuerpo médico, en especial del Dr. Fontecilla, cuyo talento demás conocemos. Pero, aún más, la Facultad de Medicina que ha decidido la realización de estas Jornadas nos hace el honor de recibirnos en su seno, de saludarnos de una manera íntima y cordial y al mismo tiempo designa al Dr. Lea Plaza para que se encargue de este saludo, a quien conozco desde hace mucho tiempo.

El Decano, que preside esta sesión, ha dicho que la psiquiatría no permanece aislada del avance de la medicina. Este concepto se viene a ratificar en las realizaciones tan brillantes de estas Jornadas. Es este un hecho que concuerda con el movimiento universal. Hoy estamos convencidos todos de que el enfermo tiene alma y cuerpo. Esto ya se cristaliza en forma de una nueva disciplina que trata de considerar una antropología integral. Esta disciplina considera al cuerpo como una integridad psicofísica; al organismo como una integridad vital con finalidad y el alma en relación con el resto del ser.

Hago votos porque estas Jornadas tengan una reper-

cusión, de modo que a medida que se estudie anatomía, fisiología, etc., se estudie psicología y por último psiquiatría, porque sucede que ordinariamente se estudia psiquiatría al final de los estudios médicos, cuando el espíritu del estudiante se ha sistematizado.

Repito, pues, mis agradecimientos a la Facultad de Medicina.

Prof. Armando Larraguibel.—Deseo presentar, a nombre de la Facultad, mis agradecimientos al Dr. Fontecilla quien ha sido el animador y sustentador de estas Jornadas que ya merecen el nombre de un Congreso Neuro-psiquiátrico Latinoamericano.

SESION EXTRAORDINARIA DE LA SOCIEDAD MEDICA DE VALPARAISO EN HONOR DE LAS DELEGACIONES EXTRANJERAS

Domingo, 10 de Enero de 1937, 12 horas.

Local: Casa del Médico. Valparaíso.

Con asistencia del Señor Alcalde de Valparaíso y la casi totalidad de los miembros de la Sociedad Médica de Valparaíso se celebró la solemne sesión de recepción a los Delegados Extranjeros y miembros de las Jornadas venidos de Santiago.

Dr. Gustavo Fricke. (Presidente).—Saluda a los Delegados y visitantes a nombre del Sr. Alcalde de Valparaíso y del cuerpo médico de Valparaíso y Viña del Mar. Designa a nombre de la Sociedad Médica a los Profesores Gonzalo Bosch, Baltazar Caravedo, Honorio Delgado, Oscar Fontecilla, Hugo Lea-Plaza, Nerio Rojas, Antonio Sicco, Oscar Trelles y Jaime Vidal, Miembros Honorarios de la Institución y les ruega honrarla aceptando el título que les confiere.

Ofrece a continuación la palabra al Dr. Baldomero Arce Molina, Presidente del Comité Organizador de las Jornadas de Aconcagua.

Dr. Baldomero Arce Molina.—Pronuncia un elocuente discurso de recepción de las Delegaciones de las Jornadas.

Prof. Nerio Rojas.—Señor Alcalde, señores asistentes, señores colegas:

Los compañeros de los otros países, que han venido a Chile, me han solicitado que sea el intérprete de ellos en estas cortas palabras. Lo hago complacido, por dos razones: primero, porque estamos aquí de tal modo acostumbrados que nos sentimos como en nuestra casa y esto quita solemnidad a mi palabra. En segundo lugar, porque de tal modo soy sincero en lo que voy a decir, que me va a ser fácil hablar.

El Dr. Arce Molina se ha referido a las funciones que acabamos de desempeñar dentro de las Jornadas celebradas en Santiago. Efectivamente, hemos empezado en Santiago, haciendo obra de especialistas, leyendo temas de psiquiatría, neurología y medicina legal; hemos tratado de profundizar y colaborar con los compañeros de Santiago en la dirección exclusivamente técnica de estas Jornadas. Hoy llegamos a Valparaíso y nos acoge una Sociedad Médica por la cual sentimos respeto y admiración y a quien agradecemos el título con que nos ha honrado.

Lo que estamos viendo en Chile es algo nuevo. Vemos que esta profesión va penetrando cada vez más en la entraña misma de la sociedad.

Si yo hablara en mi nombre exclusivamente personal diría que he observado una gran transformación, pero, hablando en nombre de mis compañeros, me limito a comprobarlo y decir que talvez en este y muchos otros aspectos Chile, resguardado por el mar y la cordillera, está gestando una transformación trascendental que debe ser para todo el resto de América.

Dr. Fontecilla.—Me voy a permitir pedir perdón porque necesito romper un poco el protocolo que se debe guardar en estas ocasiones. Necesito decirles algo que se refiere a mi persona, algo íntimo y cargado de excesiva subjetividad.

Yo no estoy acostumbrado a recibir homenajes ni elogios ni aplausos, de modo que esta demostración inesperada, hasta cierto punto, y tan grata de la Sociedad Médica de Valparaíso me ha producido un verdadero desconcierto. Y a pesar de la emoción tan intensa de estos momentos que viene a ser para nosotros de gran resonancia para el futuro, he hecho un supremo esfuerzo para llegar al fondo de mi conciencia y allí verificar en forma urgente y angustiada un balance de mi vida profesional para ver si en ella encuentro algo que justifique este homenaje de mis queridos y estimados amigos y colegas. Y vuelvo de este viaje al fondo de mí mismo con las manos vacías porque no encuentro méritos suficientes que justifiquen vuestra generosidad. Pero debo agregar que de esta especie de visión cinematográfica rápida de mis ya largos años de actuación médica se me impone ahora como una cosa viva, como una cosa que necesita expresarse, la experiencia que he adquirido a través del camino. Y esa experiencia la voy a exponer aquí como la mejor correspondencia que puedo hacer a vuestras palabras y al mismo tiempo como la única contribución positiva de mi parte al gran movimiento médico social que acaba de señalar el Profesor Nerio Rojas y que es evidente en nuestro país.

Desde los primeros años de mi vida profesional me dí cuenta de que, si bien es cierto, resulta a veces bien difícil armonizar con los colegas en el terreno bajo de los pequeños intereses, me dí también cuenta muy clara que cuando se hace un esfuerzo por romper esta capa más o menos gruesa de egoísmo y, por qué no decirlo, hasta de mezquindad que envuelve nuestra pobre vida profesional; cuando se hace ese esfuerzo, se llega a un recinto más bello y más amplio donde se albergan algunos principios superiores, algunos sentimientos nobles, donde se formulan algunas esperanzas que levantan. Y esto fué para mí una enseñanza y un consuelo, un gran consuelo que me ha acompañado a través de mis años de médico y me ha estimulado a proponer ciertas realizaciones que me han dado la razón de que en ese plano superior es siempre fácil la armonía.

Hace pocos años propuse la idea de fundar en Santiago una Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal. Inmediatamente respondieron mis colegas y la sociedad nació y la sociedad vive.

Esta experiencia me hizo pensar en que, talvez, saliendo fuera de la faz sombría y entrando en un plano alto es tarea fácil armonizar las aspiraciones y coronar los esfuerzos. Y es este el origen, señor Presidente, de cierto vagabundaje mío en el cual algunos no han visto sino una tarea estéril, algo sospechosa y alarmante.

Pero, yendo alguna vez al Uruguay, al Brasil, muchas veces a la Argentina y alguna vez al Perú, tuve ocasión de comprobar que esta experiencia que había adquirido en Chile se realizaba en todos los países americanos y cuando llegaba este médico chileno a solicitar alguna colaboración relacionada con altos intereses de la medicina, de la ciencia y de la humanidad, todo el mundo respondía y esto me hizo tener la convicción absoluta de que los médicos solicitados de esta manera estaban siempre dispuestos a unirse en una hermandad indivisible y ejemplar. Y ese es el secreto de por qué los invité a venir a Chile a la realización de estas Jornadas. Estaba absolutamente seguro de que los países de América responderían y aquí tenemos, señor presidente, una delegación que no tengo para qué elogiar porque sus obras son de ellos un ejemplo.

Pero ahora, y perdonadme un poco esta confianza demasiado larga, tengo que decir más. A pesar de todas las apariencias tan ingratas que nos rodean en el mundo de hoy, que nos hacen dudar mucho en todo sentido, yo sigo siendo optimista, sigo creyendo que esta experiencia que se ha venido realizando, primero en el plano superior de la mentali-

dad médica de Chile, después en el plano más amplio de la mentalidad médica americana me permite asegurar que se está desprendiendo con fuerza la costra de egoísmo que cubre a los hombres de hoy y podremos subir a una altura en que se adquiera lo que hay de más noble, lo que tiene de más respetable la humanidad y así podremos disfrutar de momentos de armonía.

Y estoy convencido de que, a despecho de las rivalidades que parecen próximas a descargar su furia sobre la Vieja Europa, a pesar de todo, creo que el mundo se va acercando a un momento en que la armonía se base en la verdadera justicia de lo que debe ser el hombre y como yo sé que mis colegas de Valparaíso presienten esto como yo, no he querido dejar pasar esta ocasión para decirles: estamos en el buen camino, vamos juntos. Y para terminar les diré: compañeros y colegas de Valparaíso ¡adelante, el porvenir nos reclama!

Prof. Hugo Lea-Plaza.—Sr. Alcalde, señor Presidente, señores delegados: La Sociedad Médica de Valparaíso ha querido en este momento unir el nombre de los eminentes maestros extranjeros que nos visitan al nombre de los profesores chilenos que han tomado parte en las Jornadas. Quiero agradecer este homenaje tan sincero y grato de los colegas de Valparaíso. El Dr. Nerio Rojas se refirió al concepto social que la medicina va tomando. Concepto que los médicos chilenos se han esforzado en hacer madurar y que, en realidad, están llevando a la práctica en forma bien explícita y bien clara. Estas palabras, por venir del Prof. Nerio Rojas, yo las acepto, pero quiero depositar este homenaje en los médicos de Valparaíso; ellos son los que han aclarado este concepto social de la medicina en América. Ellos son los que iniciaron estas Jornadas.

Dr. Vidal.—Señor Alcalde, señor Presidente, señores delegados: aunque el Dr. Nerio Rojas habló en nombre de la delegación extranjera, en estos momentos me siento un poco desorientado porque no sé si mis distinguidos colegas han hablado en nombre de todos nosotros y pido la palabra para agradecer el homenaje que nos han rendido a todos y en especial a mí al concedernos el título de miembros honorarios. Es sumamente honroso y satisfactorio aceptar este nombramiento nó porque crea merecerlo sino porque es un estímulo para lo que me queda de vida profesional y como profesor en las prácticas de la enseñanza.

Agradezco el título que me ha concedido la Sociedad Médica de Valparaíso, pues será un verdadero acicate para el porvenir. Realmente, no tengo otras palabras que decir en este momento y terminaré insistiendo en el punto de

tratar de merecer el homenaje que tan inesperadamente se me ha conferido.

Sr. Alcalde de Valparaíso.—Aprovecho la oportunidad para saludar y dar la más cordial bienvenida a los señores delegados que han llegado hasta nosotros a realizar una obra de positivo valor. Valparaíso se siente orgulloso de teneros aquí. Ha dicho un célebre escritor que el que busca la verdad para conocerla y enseñarla tiene bien merecido el título de sabio. Quiero interpretar en esta forma las palabras pronunciadas por el Prof. Rojas.

Dr. Gustavo Fricke.—(Presidente). Antes de levantar la sesión quiero agradecer a nombre de la Sociedad Médica de Valparaíso en forma cordial y efusiva las palabras pronunciadas por los Dres. Rojas, Fontecilla, Vidal y Lea Plaza.

Hace varios años nació en Valparaíso la medicina social, porque estamos convencidos de que el médico no debe parapetarse dentro de los cuatro muros de su consultorio, sino que debe luchar por el bien de la sociedad. Muchas gracias.

Cumplo con el alto honor de presentaros la síntesis de la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico y al hacerlo es para mí motivo de íntima satisfacción dejar constancia del entusiasmo y la dedicación con que habéis colaborado en las actividades de este torneo.

Las brillantes ponencias sobre los temas oficiales, los numerosos trabajos presentados, la selecta y nutrida concurrencia que ha honrado todas las sesiones son reveladores del interés que han despertado las Jornadas entre los cultores de nuestras especialidades, así como en numerosas personas que se preocupan vivamente de los problemas con ellas relacionados.

Desgraciadamente, la estrechez del tiempo y las sugerencias motivadas por los trabajos que se presentaron y que dieron lugar a debates más o menos prolongados, han impedido la consideración de todos los que estaban anunciados en el programa de las sesiones celebradas, contingencia que es de lamentar y que en parte, esperamos subsanar con la próxima publicación de las Actas de este Congreso.

En la Sesión Preparatoria fué designada la Mesa Directiva de las Jornadas, formada así: Presidente, Prof. Oscar Fontecilla; Tesorero, Dr. Arturo Vivado; Secretario, Dr. Isaac Horvitz. Se aprobó como Reglamento de estas Jornadas el proyecto presentado por la Comisión Organizadora y se designó una Comisión compuesta por los Profs. Honorio Delgado, Nerio Rojas y Antonio Sicco y el Dr. Isaac Horvitz para presentar un informe sobre el Reglamento definitivo en la Sesión de Clausura.

La solemne Sesión Inaugural celebrada el 4 de Enero, a las 19 hs., fué honrada con la presencia de los señores Ministros de Educación y Salubridad, el señor Rector de la Universidad y el señor Decano de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas. Los Delegados fueron saludados por el señor Rector y el señor Decano y correspondió al Prof. Fontecilla pronunciar el discurso inaugural. A nombre de las Delegaciones contestaron los Profs. Nerio Rojas, Honorio Delgado y Antonio Sicco.

La Primera Sesión de Trabajo bajo la presidencia del Prof. Delgado se ocupó de la ponencia oficial referente al "valor de los signos de localización en el diagnóstico de los tumores cerebrales". La brillante ponencia del Prof. Trelles permitió conocer el estado actual de esta sintomatología.

El Prof. Lea-Plaza se refirió a los síndromes a que dan lugar los tumores cerebrales.

A continuación pudimos escuchar la interesante comunicación de los **Dres. Balado y Romero** sobre **Corrientes de acción en el sistema nervioso,** tema revelador de las últimas investigaciones sobre fisiología y fisiopatología cerebrales.

La Segunda Sesión tuvo lugar en el Manicomio Nacional bajo la presidencia del Prof. Rojas. Estaba destinada a la ponencia del **Prof. Delgado** sobre **concepto psicopatológico y delimitación clínica de la demencia precoz.** Fué desarrollada en forma completísima, a tal punto que dicha relación constituye un verdadero tratado sobre la materia. El asunto fué motivo de una interesante discusión de parte de los Delegados.

El **Dr. Allende Navarro** se refirió en seguida a las relaciones entre **el automatismo mental y el psicoanálisis** sobre la base de una observación clínica realizada en forma muy completa.

El 6 de Enero, a las 11 hs. sesionaron las Jornadas en el Hospital del Salvador bajo la presidencia del Prof. Trelles. Correspondió ocuparse del tercer tema oficial sobre **tratamiento de los tumores cerebrales.** El **Prof. Manuel Balado** hizo la relación, la que constituyó una obra magnífica sobre el tema, producto de la vastísima erudición y preparación del distinguido neuro-cirujano argentino.

A continuación el **Prof. Schroeder** se refirió a los **quistes hidatídicos cerebrales,** analizándolos desde los puntos de vista clínico, anatómico y fisiológico y describió una nueva técnica quirúrgica.

Sobre el tema de **clasificación de las enfermedades mentales y posibilidad de uniformarlas en América** se trató en la sesión de la tarde de ese mismo día en el Hospital de San Juan de Dios y bajo la presidencia del Prof. Sicco. Dos ponencias en parte coincidentes en las conclusiones, se debatieron. La primera, del **Prof. Endara,** propuso la clasificación del Consejo de la Sociedad Americana de Psiquiatría al mismo tiempo que reconocía que por el momento no se podía proponer una clasificación uniforme para América. La segunda, del **Prof. Fontecilla,** proponía dicha clasificación y el nombramiento de una comisión para informar en la sesión de clausura sobre el tema y sobre los medios de establecerla en los diferentes países. Esta Comisión quedó compuesta por los Profs. Bosch, Caravedo, Delgado, Fontecilla, Malbrán y Rojas.

A continuación leyó su trabajo el **Dr. Sepúlveda,** describiendo un nuevo síndrome clínico y humoral que denominó **el leucorraquis.**

Finalmente el **Dr. Brücher** reveló el trabajo de **atenciones neuro-psiquiátricas de urgencia de la Asistencia Pública de Santiago** en el último quinquenio.

El 7 de Enero se verificó a las 10 hs. una Sesión Extraordinaria, acordada en vista de los numerosos e importantes trabajos que iban quedando rezagados y que había gran interés por conocer.

En dicha sesión se trataron los siguientes temas:

Epilepsia y plexos coroides, del **Dr. Allende Navarro**, en el cual describió una nueva lesión hasta entonces no observada; **Síndrome del nasal, forma neurálgica**, del **Prof. Carlos Charlín**; y un trabajo muy completo e ilustrado del **Prof. Schroeder** sobre **Glioarquitectura del sistema nervioso central.**

En la tarde del mismo día las Jornadas sesionaron en el Instituto Médico-Legal bajo la presidencia del Dr. Caravedo. Correspondió tratar en primer lugar al **Prof. Nerio Rojas** el tema **"Normas recomendables para la elaboración de los informes de Psiquiatría forense"**. La ponencia del Prof. Rojas constituye una obra acabada sobre la materia en la que estudia todos los detalles necesarios para resolver tan importante cuestión. A continuación, el **Prof. Jaime Vidal** dió lectura a su ponencia, en la cual abarcó el tema referente a la designación de los peritos psiquiátricos y al pronunciamiento sobre la responsabilidad legal.

La primera sesión del 8 de Enero estuvo destinada al tema de la **Metodología de la enseñanza psiquiátrica**, sobre la cual se dió lectura a una interesantísima ponencia del **Prof. Endara**, en la que hace novedosas sugerencias sobre el tema.

El **Prof. Manuel Balado** disertó sobre **"Vías centrales del reflejo pupilar.** El **Prof. Nicolai** dió cuenta de sus estudios experimentales sobre **la vista en la apreciación del peso** y, por último, el **Dr. Cruz-Coke** trató sobre la cuestión del **metabolismo del cerebro.**

La Asociación Médica de Chile recibió en forma especial a las Delegaciones. La sesión verificada en su local estuvo destinada a temas libres. Disertaron los **Dres. Barrientos y Schirmer** sobre **la constitución de la norma anterior de la cabeza**; el **Dr. Fernando Allende Navarro** sobre **Barrera ectomesodérmica**; la **Srta. Cristina Galitzi** se refirió a la **Asistencia social psiquiátrica**; el **Prof. Bosch** en colaboración con el **Dr. Pereyra** sobre **Neurosis y su tratamiento**; el **Prof. Gustavo Jirón** sobre varios trabajos anatómicos producto de sus investigaciones sobre **plexo sacro; circunvoluciones cerebrales y estudio proporcional**

del cerebro, estableciendo relaciones respecto de las razas y deducciones derivadas de la embriología. Finalmente el **Prof. Bosch** se refirió a las distinciones entre **demencia sifilítica y parálisis general.**

El 11 del presente las Jornadas se reunieron en Valparaíso y Viña del Mar para dar término a sus sesiones de trabajo. La primera tuvo lugar en el Hospital de Viña del Mar bajo la presidencia del Prof. Bosch y se ocupó del tema oficial de la **Organización de la asistencia de los alienados.** Se presentaron la ponencia del **Dr. Caravedo**, estudio completo sobre el tema en que considera el problema en todos sus alcances; la ponencia del **Dr. Malbrán** sobre la situación de la asistencia de alienados en Chile; los trabajos de los **Profs. Fontecilla y Sicco,** agregando diferentes detalles sobre aspectos del mismo tema. Se propusieron algunos votos que quedaron para discutirlos en la sesión de la tarde. El **Prof. Bosch** se refirió, finalmente, a **demencia y psicosis esquizofrénica,** haciendo diferentes distinciones al respecto.

La sesión de la tarde fué presidida por el Prof. Delgado y destinada a temas libres. Se trataron los siguientes: sobre **fisiopatología de la circulación cerebral,** el **Dr. Arce Molina**; sobre el problema de la **Asistencia médico-social de los alienados delincuentes,** el **Dr. Cubillos**; sobre **Parálisis general senil,** el **Dr. Trelles** y el mismo autor sobre **epilepsia queiro-oral en los casos de tumor cerebral**; el **Prof. Bosch** sobre **enfermedad de Schilder,** y el **Dr. Ibáñez** sobre **Cirugía reparadora de los nervios periféricos y Locuras miásicas.**

Finalmente, se discutieron los votos que habrán de presentarse en esta sesión para su aprobación.

Debo hacer presente que durante la realización de las Jornadas celebraron interesantes sesiones especiales, la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, la Sociedad de Cirujanos de Hospital y la Sociedad Médica de Valparaíso.

Réstame, señores Delegados, rogaros aceptéis las expresiones de la más sentida gratitud por el honor que me habéis conferido al designarme Secretario de las Primeras Jornadas Neuro-psiquiátricas del Pacífico.

La Memoria es aprobada.

Prof. Honorio Delgado.—Una vez más felicito a la Mesa Directiva por su inmensa labor que muy difícilmente será superada y, muy en especial, me refiero al Prof.

Fontecilla y al Dr. Isaac Horvitz, que merecen todo aplauso y de antemano propongo un aplauso para ellos.

Prof. Oscar Fontecilla.—Agradezco las palabras del Dr. Delgado.

Prof. Gonzalo Bosch.—Yo adhiero y quiero, como mi compañero lo manifestó, expresar la gratitud por habérsenos permitido cooperar cordialmente con nuestros ilustres colegas y felicitar a la Mesa Directiva y organizadora de estas que se llaman Jornadas, pero que han resultado un Congreso maravilloso.

Prof. Antonio Sicco.—Yo uno mis felicitaciones a las del Dr. Bosch a la Mesa Directiva de estas Jornadas que han sido denominadas Jornadas del Pacífico. Han sido ellas unas magníficas Jornadas por la cantidad y el número de trabajos y han sido organizadas al punto de ser equiparables a las Conferencias Latinoamericanas de Neurología y Psiquiatría que han ido marcando nuevos progresos en estas especialidades.

Dr. Allende Navarro.—Todos hemos visto cuando la ocasión se presentaba, defender sus posiciones científicas con un vigor intenso a la par que con profunda delicadeza y caballerosidad que corresponde al hombre de ciencia, al Prof. Fontecilla, manteniendo sus ideas. Como chileno, como médico, como neuro-psiquiatra independiente, voy a expresar mi modesto homenaje de reconocimiento al ilustre maestro que representa uno de los genuinos valores de nuestro mundo neuro-psiquiátrico.

Prof. Oscar Fontecilla.—Una vez más me voy a permitir agradecer a los Delegados extranjeros de quienes tendría mucho que decir de bueno, pero el tiempo que es escasísimo no permite hacerlo. Y, por último, agradezco a mi distinguido amigo el Dr. Allende Navarro, uno de los valores más destacados de nuestra neuro-psiquiatría chilena. Yo le acepto sus elogios como expresión de su gran bondad, pero, en rigor, hay mucho de excesivo en su apreciación. Es este un motivo más para agradecérselo.

III.—**Informe de las Comisiones y votos.**

Informe sobre el Reglamento.

La Comisión designada en la sesión preparatoria para informar sobre el Reglamento de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas, previo estudio detenido de todas las cuestiones importantes con él relacionadas, recomienda su aprobación con las modificaciones que a continuación se indican y en virtud de las razones que suscintamente se expresan:

Art. 1.º—La cuestión de si se deben o no continuar es-

tas Jornadas y si se deben o no confundir con las Conferencias Latinoamericanas de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, quedó virtualmente resuelta en la sesión preparatoria, cuando el Prof. Lea-Plaza declaró que él era el encargado de organizar la Conferencia y que se designaría en su oportunidad el Comité correspondiente y que, por lo tanto, no se podría confundir una cosa con la otra.

Por otra parte, habiendo resultado en el hecho estas Jornadas del Pacífico, Panamericanas por las adhesiones recibidas de toda la América y la asistencia de delegados del Atlántico y del Pacífico, proponemos que el Art. 1.º del Reglamento se apruebe en la siguiente forma:

Art. 1.º—Las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas tiene por objeto reunir cada año a los profesionales que se ocupen de Neurología, Psiquiatría y disciplinas afines, con el propósito de vincularlos más estrechamente para fomentar el progreso científico de estas ramas médicas y difundir las enseñanzas que de él se deriven.

El artículo segundo se debe, en consecuencia, aprobar en la forma siguiente:

Art. 2.º—La sede de las Jornadas será alguna de las ciudades universitarias americanas que se determine en la reunión de clausura por los Delegados de los diferentes países.

Deben suprimirse los artículos 3.º y 4.º por razones obvias y conservarse sin modificación el artículo 5.º y reemplazar el 6.º por el siguiente:

Art. 6.º—Los temas oficiales y los relatores de las Jornadas serán designados por la Clínica Psiquiátrica, a la que corresponda la organización de las mismas.

Muy agradecidos a la Asamblea por habernos designado miembros de esta Comisión, damos por terminada nuestra tarea.—(Fdo.): **Dr. Oscar Fontecilla. — Dr. Nerio Rojas. — Dr. Antonio Sicco. — Dr. Isaac Horvitz.**

Prof. Oscar Fontecilla (Presidente).—Se discutirá si se acepta el Reglamento como la Comisión lo propone.

El Reglamento es aprobado y queda en definitiva según la versión que aparece en las páginas iniciales de este tomo.

Prof. Oscar Fontecilla (Presidente).—Corresponde la lectura del informe sobre la clasificación de las enfermedades mentales. El ha sido aceptado por los miembros de la Comisión que asistieron a las reuniones. Los otros miembros no lo conocen de modo que daremos lectura a él.

Informe sobre "Clasificación uniforme de las Enfermedades mentales".

En la sesión celebrada el Miércoles 5 del pte. se trató del IV tema oficial: "Clasificación de las Enfermedades Mentales y posibilidad de uniformarla en Sudamérica", a cargo del Profesor Julio Endara, del Ecuador, que concluía aconsejando la clasificación psiquiátrica adoptada por la Asociación Americana de Psiquiatría, opinión de la que participó el Profesor Fontecilla en el trabajo leído en esa misma sesión: "Dificultades para la clasificación uniforme de las Enfermedades Mentales".

Sin entrar al fondo de este asunto tan complejo que nos llevaría a discusiones interminables, la Comisión, de acuerdo con el mandato que recibió, se permite aconsejar dicha Clasificación Americana.

Han pesado sobre nosotros razones poderosas para tomar este acuerdo, además de nuestro criterio personal, como el hecho que hoy sea adoptada por instituciones científicas como la Asociación Americana de Psiquiatría, integrada por los más distinguidos Profesores y especialistas de ese gran país y porque se encuentra en vigor en casi todos los Hospitales psiquiátricos de Estados Unidos, no obstante de que sólo data desde el 27 de Diciembre de 1933. Además, se trata de un sistema de estadística en práctica en los Estados Unidos, utilizada por la Oficina del Censo, el Servicio de Sanidad Pública, la Oficina de Veteranos y el Departamento Médico del Ejército de la Nación, según fichas aprobadas por la mencionada institución científica y recomendadas por el Comité de Higiene Mental de los Estados Unidos, que es un modelo en su género.

Otra de las ventajas de llevar una clasificacion uniforme, es poder establecer estadísticas también uniformes que ofrezcan sumarios bien definidos de los hechos más importantes relativos a los enfermos y sus dolencias y al resultado del tratamiento. Es decir, documentos de inapreciable valor médico-social y que, en nuestro caso, nos llevan al mejor conocimiento de todo cuanto se refiera a la Asistencia e Higiene Mental en el Continente Americano y a realizar obras de verdadera cooperación, de estudio de cuanto afecte en este campo a nuestros intereses y, por lo tanto, podamos tomar las medidas aconsejadas por la experiencia.

El movimiento observado en todas partes del mundo para la eliminación de las enfermedades, la prevención de las psicopatías, ha tomado en los últimos años lugar principal debido a que los dirigentes han llegado a la conclusión

de que la integridad psíquica desempeña papel preponderante en el progreso de la humanidad. Los esfuerzos que se llevan a cabo no sólo serán beneficiosos para establecer la salud del enfermo, sino que nos permitirá alcanzar mayores éxitos, creando condiciones favorables para la sana evolución del espíritu humano, por eso no sólo se pide el concurso de las instituciones médicas nacionales, sino que se aspire a la cooperación internacional. Cada día se ve mejor el resultado de la cooperación entre los países en la lucha contra los diversos factores que perturban la obra de la civilización y el progreso y, por lo mismo, debemos esperar idénticos beneficios en la política sanitaria internacional.

Pero, para llevar a término esta política, precisa hablar **el mismo idioma, establecer los valores constantes**, y no hay otro medio, en nuestro caso, que la clasificación uniforme.

Antes de terminar deseamos dejar bien establecido que la recomendación de adoptar la clasificación americana no significa perder la libertad para que cada país pueda seguir otra clasificación, siempre que al suministrar los datos consigne la sinonimia respectiva. Asimismo, se podría iniciar este nuevo régimen estadístico como un ensayo, cuyos resultados podríamos apreciar en las próximas Jornadas Neuro-Psiquiátricas.

En resumen: **la Comisión aconseja seguir la Clasificación Psiquiátrica y sistema de estadística adoptados por la Asociación Americana de Psiquiatría.**—(Fdo.): **Dr. Antonio Sicco. — Dr. Oscar Fontecilla. — Dr. Elías Malbrán. — Dr. Baltazar Caravedo.**

Prof. Oscar Fontecilla (Presidente).—Este informe en su parte sustantiva es conocido por el Prof. Delgado, el Dr. Malbrán y el Dr. Caravedo. No ha habido tiempo para darlo a conocer a los Profesores Nerio Rojas y Sicco. De modo que habría que pedirles su opinión sobre si aceptan este informe o no.

Prof. Nerio Rojas.—Como el Prof. Fontecilla acaba de decirlo me entero recién del dictamen de la Comisión, pues ayer hubo una sesión a la cual no asistí. Pero ya dí mi opinión cuando se propuso esta comisión y la mantengo. De modo que me abstengo de firmar este dictamen.

Prof. Oscar Fontecilla (Presidente).—El Prof. Sicco que tampoco asistió ayer a la sesión de esta Comisión, tiene que dar su opinión informante.

Prof. Antonio Sicco.—Yo adhiero a la opinión contenida en dicho informe y creo que el informe debe adoptarse.

Prof. Oscar Fontecilla (Presidente).—En resumen el

informe del Dr. Caravedo ha sido aceptado por la totalidad de los miembros informantes, exceptuando al Dr. Rojas que se abstiene de firmar.

Prof. Gonzalo Bosch.—También me abstengo de firmar el informe.

Prof. Oscar Fontecilla (Presidente).—Está entonces en votación la proposición primeramente hecha por el que habla en su trabajo sobre Clasificación de las enfermedades mentales y por el Prof. Endara y que ha sido recomendada por la mayoría de la Comisión. Ruego a los que se opongan que indiquen para saber qué decidir.

Aceptada entonces la moción por unanimidad.

Los votos de abstención están dentro de la Comisión.

El informe sobre clasificación de las Enfermedades mentales es aprobado.

De la misma manera son aprobados los votos discutidos en la sesión de la tarde en la forma propuesta junto con un cuarto voto propuesto por el Prof. Gonzalo Bosch. La versión definitiva de ellos es la siguiente:

Las Primeras Jornadas Neuro-psiquiátricas Panamericanas consideran como una necesidad urgente y recomiendan a los Gobiernos:

1º.—La construcción de modernos hospitales psiquiátricos bien condicionados para la asistencia exclusiva de las perturbaciones mentales agudas.

2º.—La creación de servicios de psiquiatría anexos a los hospitales generales en todos los centros de población donde aún no existan establecimientos psiquiátricos.

3º.—Dotar a las Cátedras de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal del local, personal y material adecuados a las necesidades docentes.

4º.—Organizar las Ligas de Higiene mental en todas las naciones de nuestro Continente, federarlas en fecunda y constante unidad de trabajo por tenerse en cuenta que la Higiene mental, es disciplina científica de utilidad y beneficios sociales indiscutibles.

IV.—**Determinación de la sede de la próxima reunión.**

Prof. Oscar Fontecilla (Presidente).—Corresponde ahora fijar el sitio de las próximas Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas.

Prof. Nerio Rojas.—Como argentino mi deseo habría sido que las próximas Jornadas se celebraran en nuestra casa. Ese es el deseo de todos los argentinos que hemos vivido aquí días tan felices que nos han estimulado a proporcionarles ese placer en nuestra patria. Pero, ahora me coloco por sobre mí mismo, por sobre mi situación de argenti-

no, por sobre el egoismo y por una iniciativa que ha sido tratada con mis compañeros de Delegación propongo que las Próximas Jornadas se realicen en Lima.

Prof. Honorio Delgado.—Pido la palabra para agradecer al Prof. Rojas por su iniciativa.

Prof. Oscar Fontecilla (Presidente).—Ofrezco la palabra sobre la cuestión que se ha planteado.

Dr. Arturo Vivado.—Yo tengo entendido que la indicación del Prof. Rojas ha sido aceptada por aclamación de modo que no hay necesidad de votar.

Prof. Antonio Sicco.—Voy a hacer uso de la palabra para aceptar la moción del Prof. Rojas y considero que la designación de la ciudad de Lima como la sede de las Próximas Jornadas es un homenaje de gratitud a la brillante delegación peruana.

Prof. Gonzalo Bosch.—En nombre de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Buenos Aires y de la Liga de Higiene Mental me adhiero a las magníficas palabras de los Dres. Rojas, Sicco y Vivado.

Prof. Honorio Delgado.—De nuevo pido la palabra para agradecer a los Dres. Rojas, Vivado, Sicco y Bosch por su manifestación en favor de la designación de la ciudad de Lima para las próximas Jornadas. Lo agradezco a nombre del Gobierno Peruano, de la Universidad de Lima y de la delegación peruana. Nos esforzaremos para hacer de las Próximas Jornadas algo parecido a las presentes, pero creo que se parecerán como una sombra a la realidad. La obra va a ser difícil. Mil gracias.

Prof. Oscar Fontecilla (Presidente).—Por unanimidad y aclamación queda designada la ciudad de Lima como sede de las próximas Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas.

V.—Insinuación de temas para la próxima reunión de las Jornadas.

Prof. Oscar Fontecilla (Presidente).—Corresponde pasar a considerar las insinuaciones de temas oficiales para las próximas Jornadas. De acuerdo con el Dr. Caravedo insinúo el tema "Necesidad y conveniencia de una legislación de psicópatas".

En definitiva, es el Comité Organizador el que fijará los temas y los relatores. Ofrezco la palabra.

Prof. Nerio Rojas.—Yo me permitiré sugerir sin concretar un tema determinado, que el Comité Organizador de las próximas Jornadas no circunscriba los temas oficiales a la denominación de las Jornadas, en el sentido de la neurolo-

gía la psiquiatría, sino que abarque también los asuntos médico-legales, naturalmente dentro del concepto neuro-psiquiátrico.

Dr. Juan Garafulic.—Yo creo que un tema muy indicado será el "tratamiento de la demencia precoz".

Dr. Enrique Egaña.—Propongo el estudio de la "neuro-transmisión química del impulso nervioso.

Prof. Hugo Lea-Plaza.—Insinúo el tema sobre "encefalitis agudas".

Dr. Isaac Horvitz.—Considero interesante el tema sobre "síndromes neurológicos de los traumatismos encéfalo-craneanos".

Prof. Antonio Sicco.—Al elegirse los temas de las presentes Jornadas se ha tenido principalmente en cuenta el interés práctico y la utilidad casi diríamos profesiosal o de asistencia en general. Yo creo que habría que hacer estos Congresos más frecuentes para la investigación en común. Yo creo que para los demás países tienen interés nuestros problemas de asistencia. Nuestras necesidades son necesidades de asistencia. Nuestra experiencia requiere cierta madurez espiritual por lo que es necesario organizarla. No estamos bien preparados en este sentido.

Dr. Alberto Benítez.—Propongo para las próximas Jornadas temas criminológicos y de policía científica.

Dr. Allende Navarro.—Yo propondría "estado actual de las psico-neurosis y su tratamiento".

Dr. Guillermo Agüero.—Yo propongo un tema muy parecido al del Dr. Allende Navarro: "el valor real de las diferentes terapias psico-analíticas".

Prof. Oscar Fontecilla (Presidente).—Ofrecemos la palabra respecto al desarrollo de las Jornadas.

Prof. Hugo Lea-Plaza.—Como se dijo en la primera sesión de las Jornadas yo soy el encargado de organizar las próximas Conferencias Latinoamericanas de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal. Como este Congreso ha tenido pleno éxito y como el próximo de Lima va a ser Panamericano, habrá que buscar una fórmula para que continúen nuestras relaciones intelectuales únicamente dentro de las Jornadas y sería el caso de comunicar a Río de Janeiro que las Conferencias van a ser continuadas por las Jornadas. Habría que buscar una fórmula en este sentido.

Prof. Oscar Fontecilla (Presidente).—La Asamblea ha oído la insinuación del Dr. Lea-Plaza. Ofrezco la palabra.

No creo que sea tan vital la necesidad de identificar las Jornadas con las Conferencias, las cuales están a cargo del

Dr. Lea-Plaza. En los países de lengua francesa existen las Jornadas y los Congresos. Por ejemplo, las Jornadas son reuniones menos comprometedoras. Al lado de ellas hay Congresos internacionales. Las Jornadas se hacen una o dos veces al año. Las Jornadas del Atlántico se han hecho dos veces al año. En cambio, un Congreso internacional se hace cada cinco años.

Yo creo que no habría inconveniente que conversáramos fuera de la sesión y ver modo de que se verifique la tercera Conferencia Latinoamericana en un tiempo más. Talvez en unos tres años más o en el centenario de la fundación de Santiago en que la afluencia de extranjeros va a ser muy grande. Creo que esto se podría discutir después. El Comité Organizador de las Jornadas de Lima se encargará de resolver la situación de un modo satisfactorio para el Dr. Lea-Plaza, para nosotros y para los demás países.

Dr. Arturo Vivado.—Yo creo que el Dr. Lea-Plaza no tiene derecho para eludir las Conferencias Latinoamericanas. Creo que se pueden verificar dentro de un tiempo más en Santiago. Pero, si el Dr. Lea-Plaza insiste en ello, ninguna ocasión mejor que ésta para ceder su autoridad a otro de nuestros colegas.

Prof. Oscar Fontecilla (Presidente).—No creo que podamos decidir este asunto.

Dr. Arturo Vivado.—Hago esta insinuación al Prof. Lea-Plaza.

Prof. Gonzalo Bosch.—El Prof. Lea-Plaza es el iniciador de las Conferencias Latinoamericanas y creo que su gran modestia le ha hecho decir lo anterior. Como dijo el Dr. Fontecilla con motivo del cuarto centenario de la fundación de Santiago podrían realizarse las Conferencias Latinoamericanas.

Prof. Oscar Fontecilla (Presidente).—Como esta cuestión está fuera de la tabla queda en suspenso, tomando muy en consideración los deseos del Dr. Lea-Plaza.

Como no hay otra cuestión que tratar se levanta la sesión.

TEMAS OFICIALES

PRIMER TEMA OFICIAL:

Valor topográfico de los signos de localización en el diagnóstico de los tumores cerebrales.
Relación del Prof. J. O. Trelles.
Relación del Prof. Hugo Lea-Plaza.

Afasia y Lóbulo parietal izquierdo.— PROF. A. AUSTREGESILO.

Corrientes de acción del sistema nervioso.— DRES. MANUEL BALADO Y LUIS ROMERO.

Contribución a las localizaciones en el striatum.—PROF. A. AUSTREGESILO Y DR. A. BORGES-FORTES.

Neumoventriculografía y su valor diagnóstico. — DRES. JORGE YBAR Y LUIS OPAZO.

Prof. J. O. Trelles

Catedrático de Neurología
en la Universidad de Lima

Valor de los signos de localización en el diagnóstico topográfico de los tumores cerebrales

Agradecemos, en primer lugar, a la Comisión Organizadora de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico por habernos confiado este tema, que nos hace honor y más aún al encontrarnos al lado de tan distinguidos correlatores. No es sin un escrúpulo que hemos aceptado esta peligrosa distinción; más, contamos con el favor y la benevolencia de los que escuchan para dispensar las deficiencias inevitables en un trabajo de esta índole.

El relator habría podido, como es la regla, cuando el sujeto es muy vasto contentarse de estudiarlo en parte solamente, ha preferido, sin embargo, recorrerlo en toda su extensión a pesar de su magnitud pensando que sólo de un estudio total se puede sacar provecho y provocar la discusión de aquellos tópicos que os parezcan más interesantes.

Sabemos que, de todos modos, no se puede ser completo: este relato no constituye un estudio total del valor diagnóstico de los signos de localización de los tumores cerebrales; contiene solamente una vista de conjunto, pero mientras ciertas partes, y no de las menores, son tratadas muy ligeramente porque conocidas de todos y clásicas, otras son contempladas con más detención, porque son de adquisición más reciente y aún discutidas. Se encontrará, pues, cierta desigualdad en las diferentes partes del tema, cuyo equilibrio no es respetado únicamente con el propósi-

to de destacar los puntos que se pueden prestar a debate y cumplir así el objetivo de nuestra reunión.

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION

Las localizaciones cerebrales. Evolución de las ideas. Localización de funciones y localización de lesiones. Localización de síntomas y localización de síndromes. El concepto fisiopatológico y el concepto anátomo-patológico

Es necesario, antes de tratar del sujeto mismo que motiva este trabajo, hacer un recuerdo histórico de la evolución de las ideas en lo que concierne al pasaje de las inducciones frenológicas de Gall y Spurzhaim a la doctrina de las localizaciones cerebrales, tales como las estudian los clásicos del siglo pasado y tal como se las entiende hoy, después de las críticas de Huglings Jackson, cuyo centenario se acaba de celebrar en Londres con el brillo que merecía este genial neurólogo.

El problema que plantea la cuestión de las localizaciones cerebrales es demasiado vasto no solamente por su extensión, sino por los diferentes niveles en que hay que considerarlo. Pretender tratarlo aunque sea brevemente equivale a querer recorrer la neurología, la fisiología, la psicología y hasta aflorar la metafísica, lo que no es nuestra intención. Vamos a recordar únicamente lo que se entiende por localización cerebral al recorrer la evolución que ha sufrido este concepto a través del tiempo. Veremos luego la diferencia esencial que se debe hacer entre la localización de una función dada y la localización de la lesión capaz de perturbar dicha función. Ensayaremos de establecer la diferencia capital que existe entre el mecanismo fisio-patológico y el determinismo anátomo-patológico, más interesante para la cuestión que nos ocupa. Así naturalmente llegaremos a entrar en lo más vivo del tema, sea en la cuestión de la localización de los síntomas ardua y difícil, y la localización relativamente más fácil de los síndromes.

El problema de las localizaciones cerebrales es mucho más antiguo de lo que comunmente se cree y remonta cuando menos a los filósofos griegos, como acaba de recordarlo, después de muchos otros, A. Souques al fijar, con mano

maestra, las etapas de la Neurología en la Antigüedad Griega. Sin ir tan lejos, se la encuentra largamente discutida en las doctrinas de Descartes y de Willis. Pero no se puede negar que es sobre todo a Gall y Spurzheim que se debe el desarrollo de la organología cerebral esbozada en la frenología, cuyas inducciones geniales, a pesar de partir de ideas falsas para llegar a conclusiones no menos falsas, han sido el punto de partida de la gran discusión cuyos ecos se propagaron a través de todo el siglo pasado. Verdad que hay gran distancia entre la doctrina de Gall y el concepto moderno de localización cerebral.

Muy justamente dice Augusto Tournay que localizar es a la vez circunscribir en un sitio y afectar a un lugar determinado, pero se entiende también bajo ese término la la tentativa osada de atribuir un lugar anatómico a funciones determinadas, hasta a facultades espirituales. Esta tentativa menos precisa, pero más audaz, debía tentar la primera. En efecto, es por ella que se comenzó y provocó inmediatamente la larga discusión que no ha acabado todavía. Desde el segundo tercio del siglo pasado dos doctrinas opuestas se enfrentan vigorosamente.

La primera, directamente inspirada en las intuiciones admirables de Gall, pero depurada de sus sistematizaciones erróneas, contemplaba el cerebro como un órgano heterogéneo formado por la reunión de una serie de zonas particulares, verdaderos pequeños órganos distintos y provistos de funciones estrictamente personales. La otra doctrina, enunciada y sostenida por Flourens, admitida por todos los fisiólogos hasta 1870, consideraba que el cerebro participa con toda su masa en el ejercicio completo de sus funciones no ofreciendo ningún sitio específico y distinto "ni para las percepciones ni para las funciones del alma".

Sin embargo, desde 1836, Dax y después Broca, en 1861, postulan que "la integridad de la tercera circunvolución frontal y tal vez de la segunda parece indispensable para la existencia de la facultad del lenguaje articulado", afirmaciones vivas y duramente combatidas cuando la publicación del trabajo fundamental de Fritsch y Hitzig en 1870 demostrando que la corteza cerebral presenta una región fácilmente excitable electro-motriz. Desde entonces la cuestión pasaba del dominio puramente académico y verbal al terreno real y objetivo de la experimentación.

Que nos sea dado recordar que es a un neuro-cirujano, si se permite la expresión, que se debe este hecho fundamental. En efecto, Fritsch, cirujano del ejército prusiano, tuvo ocasión de operar un herido de la guerra del 70 y ob-

servar, al aplicar una corriente galvánica sobre la superficie desnuda del cerebro, una contracción en algunos grupos musculares. Refiriendo este hecho a su amigo Hitzig, fisiólogo de talla, tuvieron la idea de investigar la excitabilidad de la corteza en el perro. Cuando se quiere dar cuenta exacta de la resonancia del descubrimiento de Fritsch y Hitzig se debe recordar que desde hacía siglos la inexcitabilidad de los hemisferios cerebrales a todos los modos de excitación conocidos por los fisiólogos era un verdadero dogma científico. Nunca se había visto resolver una cuestión con tanta unanimidad y por tantos autores. Magendie, Flourens, Bouillaud, Longet, Vulpian, Schiff, Von Deen, Weber, Budge, etc., podían diferir en muchos puntos, pero estaban de acuerdo en este hecho: que la corteza era inexcitable. El veredicto parecía inatacable. Se puede juzgar la oposición violenta que se hizo a los autores alemanes. Se les acusaba de nada menos que de querer resucitar la bien enterrada frenología. Nada más erróneo, la doctrina de las localizaciones cerebrales nacida de las investigaciones de Hitzig, "no pretende localizar las facultades clásicas del alma puesto que estas no existen aisladas, que no son seres, sino la relación y la resultante de la actividad de las únicas realidades conocidas, es decir, de las percepciones y sus residuos, localizados y por supuesto localizables en los diferentes territorios más o menos diferenciables de la corteza cerebral".

A partir de esa época tanto los hechos puramente experimentales como los datos anatómicos han mostrado la exactitud del principio de las localizaciones cerebrales en superficie, sin embargo, existen grandes diferencias en la determinación de lo que debe localizarse y la manera como se debe localizar. Estas divergencias que existen todavía actualmente se oponen en dos tendencias extremadas. Unos entre los cuales Goltz fué uno de los más ilustres ayer y hoy Lashley, influenciados por la doctrina de Flourens, admiten una cierta posibilidad de localización, pero lo hacen de manera muy larga y prudente. Así encontramos un parecido extraordinario entre el concepto de Flourens y el de Lashley que exigen una acción "cerebral de masa", de totalidad, para cualquier acto. Otros, entre los cuales recordemos a Meynert y Munk ayer, y hoy a O. Vogt y Kleist, localizan de la manera más neta y precisa que se puede. Es verdad que las investigaciones **mielo y cito-arquitectónicas** como las experiencias de **corrientes de acción** han vertido partidarios de esta última concepción. Felizmente no han faltado espíritus mesurados que nos han puesto en guardia

contra los localizadores "a outrance", (como aquel respetable maestro que con tanto sigilo enseñara a Pierre-Marie, en el cerebro de un centenario, la circunvolución de la longevidad), de aquellos que pretenden reducir todo a la forma y al territorio, de aquellos que por aplicaciones prematuras de esquemas teóricos arrojan el descrédito sobre nociones perfectamente establecidas. Gracias al pensamiento fecundo de Huglings Jackson, que florece actualmente en la espléndida escuela neurológica inglesa gracias a las críticas penetrantes de Bergson, a las de Pierre Marie, el "iconoclasta" según Head, la cuestión ha sido planteada de nuevo y se ha podido precisar en qué sentido se puede hablar de centros, en qué medida una función puede ser localizable y en qué pisos del sistema nervioso.

Huglings Jackson enunciaba desde 1861 su concepto general sobre los niveles de la vida neuro-psíquica, cuyo contenido real y alcances biológicos, demasiado adelantados para su tiempo, no han podido ser comprendidos y desarrollados, sino cincuenta años más tarde y que ahora arrastran con su aliento vigoroso el asentimiento de fisiólogos, clínicos y biólogos. No es inútil recordar aquí, a pesar de ser ahora demasiado conocidos, los principios esenciales de la doctrina Jacksoniana, cuya proyección penetra ahora en el campo psico-patológico con numerosos ensayos de autores americanos y franceses. Las enfermedades del sistema nervioso deben ser consideradas como regresiones de la evolución, es decir, como disoluciones de funciones progresivamente adquiridas en el transcurso de la evolución filogenética y del desarrollo ontogénico. El término de disolución se opone, pues, según Jackson al proceso de evolución filogénica y ontogénica. La evolución sería el pasaje del centro bien organizado, fuertemente fijado, el más inferior, hacia los centros superiores menos bien organizados, menos fijos, capaces de plasmicidad. Por otra parte, la evolución es el pasaje de lo más simple a lo más complejo, desde los centros más inferiores, simples, hacia los centros superiores, complejos. En fin, la evolución es el pasaje de lo más automático, lo más primitivo, hacia lo perfeccionado, el mecanismo voluntario. De esta triple premisa nace una triple conclusión: los centros más elevados que representan la cima de la evolución nerviosa y constituyen "el origen del espíritu" o la base física de la conciencia son los centros menos organizados, los más complejos y los más voluntarios. Al contrario, los centros inferiores que tienen a sus órdenes los mecanismos primitivos son por ello mismo, los mejor organizados, los más simples y los más auto-

máticos. La disolución, proceso inverso de la evolución, es pues la regresión de lo voluntario a lo automático, de lo complejo a lo simple, de lo menos organizado — en su estructura anatómica — a lo más organizado. La disolución en un enfermo es siempre parcial, total sería la muerte. La evolución no siendo completamente disuelta se deduce la persistencia de un cierto nivel de evolución. De donde, en cada alteración nerviosa, se debe considerar la existencia de un elemento negativo (síntomas de déficit) debido a la pérdida de ciertos niveles de evolución y la existencia de un elemento positivo (síntomas positivos) que se deben a la actividad del nivel de evolución persistente que trata al exaltar sus funciones y al escapar al freno del nivel superior, de adaptar al sujeto a las nuevas condiciones de vida. En la disolución se produce la pérdida de lo menos organizado , de lo más complejo y de lo más voluntario (la corteza cerebral) con la persistencia de lo más organizado, de lo menos complejo y de lo más automático (los centros inferiores). La enfermedad no produce sino síntomas nerviosos y mentales negativos que responden a la disolución, mientras que todos los síntomas nerviosos y mentales positivos, complejos son el resultado de la actividad de los elementos nerviosos no afectados por el proceso patológico se manifiestan durante la actividad del nivel inferior de evolución que persiste.

A esta noción seductora Von Monakow y Mourgue añaden el principio de **la localización cronógena**. Es decir, que una función dada posee una localización vasta y difusa, que se completa en el tiempo, esencialmente evolutiva, capaz en los casos de alteraciones patológicas de presentar modificaciones en las cuales se puede encontrar la explicación de las recuperaciones funcionales. Por otra parte, Von Monakow, al introducir la noción de la **diasquisis**, o sea, la resonancia a distancia de una lesión, la inhibición pasajera de ciertos sistemas funcionales ligados automáticamente con una región alterada, ha permitido orientar en una dirección nueva los principios de localización anátomo-clínica.

Autores tales como Lashley se oponen todavía con vigor a toda localización cortical, al menos en superficie, pretendiendo que las diferentes partes del cerebro son equipotenciales; la pérdida de la función no sería, pues, según este autor, la resultante cualitativa de la lesión, queremos decir del sitio de la lesión, sino la resultante cuantitativa, es decir, que el disturbio depende únicamente de la cantidad de superficie cerebral destruída, es lo que llama actividad en

masa del cerebro. Vemos cuan directamente el concepto de Lashley se inspira en la doctrina de la homogeneidad cerebral de Flourens.

Si realmente, al punto de vista fisiológico, la tendencia universal es de admitir que el cerebro participa con toda su masa en cualquier acto, que el más humilde de los procesos psíquicos o psico-motores pone en juego la actividad de todo el cerebro y que la corteza funciona siempre en totalidad, la existencia de centros funcionales debe ser admitida. Pero, ¿qué se localiza en esos centros? No se localiza ya hoy día una función, toda una función, teniendo ésta, una localización difusa y evolutiva, cronógena, según Von Monakow y Mourgue. La tendencia actual es de localizar en esos centros dispositivos nodales, correlativos y asociativos, donde se agrupan y se condensan estímulos diferentes que convergen ulteriormente en una respuesta adecuada. Es en ese sentido que se puede afirmar la existencia anatómica de regiones cerebrales delimitadas, correspondientes a funciones específicas, sensitivo sensoriales o motoras o psicomotoras.

La localización de una función es, pues, esencialmente difusa ocupando todo el neuro-eje, pero con puntos sensibles de coordinación en los diferentes pisos del eje encéfalo-medular. La alteración mórbida al localizarse en uno de esos dispositivos va a producir el disturbio de esta función. pero, ¿localizaremos a ese nivel toda la función? Evidentemente que no. Puesto que una función dada puede ser alterada por una lesión que ocupe diferentes regiones del neuro-eje. Es sobre esta noción fundamental que ha insistido con vigor Henry Head mostrando la distinción que se debe establecer entre dos cosas esencialmente diferentes, sea la localización de una lesión y la localización de una función. Son problemas netamente circunscritos y completamente diferentes que no hay que mezclar. Sin embargo, muy corrientemente todavía, se comete ese error fundamental de metodología científica denunciado, después del neurólogo inglés, por otros grandes maestros de la neurología, Goldstein, Lhermitte, Foerster, etc., y que consiste en mezclar el problema fisio-patológico con el problema anátomo-clínico. Confusión lamentable que ha dado lugar a tantas discusiones vanas y teorías erróneas sobre la afasia, la apraxia, las agnosias, las alucinaciones, etc., etc. Según Henry Head, el clínico debe únicamente ocuparse de la localización de la lesión causante de un síndrome o de un síntoma dado, dejando al fisiólogo o al psico-biólogo el cuidado más arduo de localizar la función. Este concepto ha sido seguido, por

ejemplo, por V. Dimitri en su bello libro sobre las afasias.

La localización de la lesión productora de un síntoma dado, es un problema anátomo-clínico; inútil es insistir sobre su dificultad. En efecto, el síntoma es a la enfermedad lo que un punto a una línea determinada. Un síntoma puede ser producido por una lesión que tenga sitios muy diferentes, así como por un punto pueden pasar muchas líneas. La localización de un sindrome es relativamente más fácil, puesto que se trata de la constelación sintomática con mayores probabilidades de reconocer; se sabe perfectamente que para que una lesión relativamente pequeña produzca tres o cuatro síntomas es necesario que ésta tenga su localización en la región de entre-cruzamiento de dos o tres conductores nervioso dados. Así como es igualmente cosa fácil trazar una línea por dos puntos dados. Por eso insistimos desde ahora en que no existe ningún síntoma de valor absoluto en la localización de un tumor o de una afección en foco; mientras que la reunión de dos o tres síntomas permite formar un conjunto sindromático, cuyo diagnóstico topográfico se puede hacer con mayor probabilidad.

De lo anteriormente expuesto se deduce fácilmente el interés que hay en separar netamente el mecanismo fisiopatológico de la producción de un síntoma de la localización anátomo-clínica del factor que produce ese síntoma. En efecto, en la producción de un síntoma y de un sindrome dado puede intervenir todo el cerebro y aun glándulas u órganos diferentes; sin embargo, la lesión causante no está en las glándulas o en los órganos cuyo juego normal está perturbado, sino en una región dada del cerebro. Por ejemplo, todos sabemos perfectamente que en el sindrome adiposo-genital, el juego funcional de los órganos genitales y del tejido adiposo está perturbado, pero que la lesión causante de esta perturbación reside en el hipotálamo. A nadie se le ocurrirá en tal caso tratar directamente los órganos perturbados sino más bien, se efectuará la ablación del tumor causante del sindrome. A los clínicos les interesa, pues, directamente el método anátomo-clínico que tiende a localizar la causa de la enfermedad para dirigir a esa región una terapéutica adecuada o guiar el bisturí libertador.

En el tema que se discute la cuestión de las localizaciones en superficie prima la cuestión de las localizaciones en profundidad. Los tumores, en efecto, no realizan destrucciones laminares de la corteza como se puede observar en otras afecciones a patoclisis determinada.

En el presente trabajo no tendremos en vista sino el valor de los síntomas de localización en el diagnóstico topográfico de los tumores cerebrales, tomando esta última palabra, en su acepción anatómica, queremos decir que discutiremos únicamente los signos de los tumores de las regiones derivadas del encéfalo y del telencéfalo cuyo conjunto forma la región que los anatomistas designan bajo el nombre de cerebro. Dejaremos, pues, completamente aparte los síntomas de los tumores mesencefálicos, protuberanciales, bulbares y cerebelosos.

Para poner un poco de orden en nuestra exposición y nos escusamos de lo artificial que es nuestro plan, la dividiremos en dos capítulos: en el primero, pasaremos revista, discutiéndolo someramente, los diferentes síntomas focales susceptibles de observarse en los tumores cerebrales. En el segundo, veremos que solamente la agrupación de varios síntomas pueden darles cierto valor localizador. Estudiaremos, pues, los diferentes síndromes tumorales que se observan más frecuentemente en los tumores del telencéfalo y diencéfalo.

LOS SINTOMAS DE LOCALIZACION. SU VALOR

La enumeración a que vamos a librarnos va a ser forzosamente sucinta para disminuir su aridez. Se pueden seguir varios criterios para la ordenación de estos síntomas. Se supone que el diagnóstico tumoral está hecho o que existe la presunción del tumor cerebral, lo que se va a discutir es el valor que puede tener tal o cual síntoma para pasar a la etapa del diagnóstico topográfico únicamente con los datos que podemos recoger gracias al análisis, prescindiendo de todos los que pueden suministrarnos los métodos del laboratorio, radio-diagnóstico y exámenes complementarios. En tal caso se pueden ordenar los síntomas según su frecuencia, sea según su valor, sea según su mecanismo fisio-patológico. Preferimos seguir aquí este criterio fisiológico:

Partimos del hecho que cada síntoma no es sino la resultante de la alteración de una función; alteración de calidad y de cantidad diferentes. Por esto estudiar **primero los síntomas elementales**, tomando esta palabra en su acepción fisiológica, **motores, sensitivos o sensoriales, y vegetativos,** luego se estudian **los síntomas resultantes de la alteración de funciones más complejas: síntomas psico-motores, psico-sensoriales y psíquicos.** Tanto como sea posible aplicaremos

el criterio jacksoniano que considera sea los fenómenos de déficit, negativos, ligados al proceso de disolución, sea los fenómenos positivos, que resultan de la actividad de los niveles de evolución que el agente morbígeno ha respetado. Pero sabemos cuan arbitraria puede ser esta división.

Antes de comenzar la discusión de cada síntoma, podemos recordar la crítica del valor general de los síntomas de localización. En efecto, la aparición o producción de los síntomas de localización, su valor mismo, que resultan del conflicto entre la neoplasia que busca a desarrollarse y el tejido nervioso que se defiende o se adapta, depende,pues, de una serie de factores que hay que tener siempre en cuenta, en el diagnóstico topográfico de los tumores al pasar del período analítico del examen al período de síntesis que ha de coronarlo. Estos factores son numerosos y conocidos de todos.

En primer lugar, la naturaleza histológica del tumor, sobre la cual han insistido tanto los autores de la escuela americana, en particular Percy Bailey y H. Cushing. Hay neoplasias de evolución relativamente rápida susceptibles de dar con mayor frecuencia, síntomas en foco que naturalmente tienen mayor valor localizador; por otra parte, los tumores de evolución muy lenta pueden permanecer silenciosos y no manifestarse por ningún signo de localización, sino tardíamente por signos generales de hipertensión endocraneana. Igualmente, los tumores macizos, más o menos bien capsulados tienen tendencia a producir síntomas de localización, mientras que los tumores infiltrantes, difusos, que se insinúan entre los grupos celulares y los haces fibrilares tienen menor tendencia a producir síntomas localizadores.

La resistencia del tejido nervioso al proceso tumoral

Todos aquellos que tienen alguna experiencia neurológica, saben bien que el sistema nervioso presenta una capacidad de resistencia, una capacidad de adaptación biológica a los procesos tumorales que evolucionan lentamente, mientras que manifiestan su sufrimiento a factores morbígenos de menor volumen pero que accionan rápidamente. Esta capacidad de resistencia depende igualmente de la región misma del encéfalo donde se desarrolla el tumor. Es un hecho corriente que la corteza cerebral manifiesta su reacción rápidamente, mientras que otras zonas, a pesar de guardar en su seno núcleos de importancia capital y encerrar en un espacio muy estrecho los conductores sensitivos,

motores y cerebelosos, estrechamente unidos, pueden permanecer indiferentes a la presencia de neoplasias relativamente importantes.

Otro factor que puede falsear los signos de localización es el hecho que el hemisferio, aumentado de volumen por la presencia del tumor, puede permanecer mudo, mientras que el hemisferio sano va a presentar signos de sufrimiento debido a la compresión a distancia. Es así como se explican muchos hechos, en apariencia contradictorios, de síntomas homolaterales.

Factor importante también es la aparición de síntomas de localización a distancia del tumor cerebral. Síntomas a distancia que pueden obedecer a varias causas: a los brotes de hipertensión cerebral y a sus consecuencias patológicas o bien al hecho sobre el cual han insistido con fuerza Purwes-Stewart y Puussep, que un tumor puede comprimir un tronco arterial llegando a producir una anoxemia en el teritorio arterial de dicho vaso, de donde resulta un sindrome en foco a distancia del tumor y que muchas veces, va a engañar al observador.

Conviene igualmente retener la presencia del edema peritumoral, la posibilidad de focos de necrosis periférica o de hemorragias peri o intra-tumorales. En fin, cabe mencionar los procesos de intoxicación por los productos de la desintegración neoplásica.

Otros factores se podrían todavía enumerar; mas, creemos que estos son los principales y en cuanto a los restantes los enumeraremos cuando sea nesesario. Igualmente volveremos sobre los anteriores al terminar la discusión del valor de los síntomas de localización.

SEGUNDA PARTE

—SINTOMAS MOTORES

1.—Positivos

A) LA EPILEPSIA

Mucho se ha dicho y escrito sobre las relaciones entre la epilepsia y los tumores cerebrales, puesto que se conoce bien la gran influencia de los ataques epilépticos en el curso de los tumores cerebrales, es clásico considerarlos como uno de los signos más constantes. Aquí no nos ocuparemos

sino de los ataques epilépticos que tengan un valor en el diagnóstico topográfico. Desde este punto de vista, los ataques de epilepsia generalizada si bien son un signo tumoral, tienen poco o ningún valor en la localización del tumor, a menos de estar precedido por un aura sensitivo o sensorial constante o de caracteres netos y en este caso es el aura la que tiene un valor localizador considerable, puesto que caracteriza la disfunción de una región dada del encéfalo. Al contrario, la epilepsia parcial, la epilepsia jacksoniana posee un valor localizador precioso. En fin, es lógico considerar las crisis de epilepsia atípica: el pequeño mal y sus equivalentes que son de gran auxilio para el diagnóstico topográfico y las crisis de epilepsia vegetativa o epilepsia diencefálica recientemente estudiada por Penfield.

Las crisis de epilepsia no tienen relación únicamente con la localización de un tumor dado, sino también con la naturaleza misma del tumor, queremos decir con su estructura histológica, punto este de adquisición relativamente reciente investigado, entre otros, por Parcker y Gibbs, por Groff, y mucho más recientemente por Carl F. List, cuyas conclusiones analizamos más lejos.

Para que una crisis comicial tenga un valor de localización apreciable, es necesario que sobrevenga desde el inicio mismo del cuadro clínico, mejor aún, si es el síntoma inicial, lo cual ocurre bastante frecuentemente, en cuyo caso su valor es más grande. También es necesario que no se trate de crisis solitarias, sino que se repita con cierta frecuencia. Igualmente el desenvolvimiento del cuadro convulsionante debe realizarse según el mismo ritmo y con una sintomatología fija.

Estas aclaraciones hechas, veamos en detalle los diferentes tipos de epilepsia y su discusión respectiva, en cuanto a su valor localizador:

A.—**La Epilepsia Generalizada.**—Es clásico considerar que la crisis generalizada no tiene valor para el diagnóstico topográfico del tumor cerebral. Todos los autores están de acuerdo en este punto. Y es un hecho constatado por todos que la hipertensión intracraneada por ella sola, constituye uno de los factores más importantes para el inicio de la epilepsia y en ese caso, la crisis siendo consecutiva a la hipertensión intracraneana sobreviene tarde en el cuadro clínico y no puede dársele significación localizadora.

Esta generalización debe, sin embargo, comportar dos restricciones. La primera, cuando la crisis está precedida por un aura sensitiva, sensorial, motora, vegetativa o psíquica, en cuyo caso, como ya lo hemos dicho, se debe re-

tener esta aura como un factor relativamente importante para el determinismo lesional; pero, es el aura la que tiene valor y no la crisis misma; estas diferentes auras son estudiadas más lejos. La segunda restricción comprende las crisis seguidas de fenómenos de déficit transitorio o persistente, por ejemplo, hemi o monoparesia, disturbio afásico, disturbio sensitivo; en este caso la secuela post-comicial puede y debe retenerse como un signo apreciable para atribuir el cuadro clínico a la alteración de una región dada del encéfalo.

En buena cuenta otra restricción debe hacerse a la noción de la carencia de valor de las crisis comiciales generalizadas: cuando ésta constituye el síntoma inicial; en esta eventualidad si bien no se puede localizar exactamente, al menos hay una probabilidad regional. La probabilidad regional para atribuirla al lóbulo pre-frontal o a la región témporo-occipital. Por ejemplo, en la estadística de H. C. Voris, A. W. Adson y F. P. Moersch, (1935), que contempla trescientos catorce casos de tumores del lóbulo frontal verificados operatoriamente o en la autopsia y cuidadosamente analizados, se menciona expresamente que en ciento doce casos, o sea 31%, el síntoma inicial fué una crisis convulsiva. De los ciento doce casos en sententaicinco, o sea 65%, se trataba de crisis generalizada. En la quinta parte de estos últimos, el tumor estaba enteramente contenido en el área pre-frontal (corteza muda). En la estadística reciente de Frazier (marzo de 1936), que se refiere igualmente a tumores estrictamente localizados en el lóbulo frontal y que contiene ciento cinco casos, en cuarentaicuatro pacientes, o sea el 40%, se notaron crisis comiciales, de las cuales diecisiete, eran crisis generalizadas. Por su parte, I. Strauss y Keschner notan que sobre 61 casos verificados de tumor frontal, en 40, o sea 33%, habían ataques epilépticos, de los cuales 26 generalizados, 5 jacksonianos y 9 mixtos.

En lo que se refiere a las crisis generalizadas en los tumores temporales, se puede decir, de una manera general que después de las localizaciones fronto-rolándicas, las localizaciones temporales son las que dan lugar más frecuentemente a la epilepsia y casi siempre esta es generalizada, según lo han anotado expresamente Foster Kennedy, Gibbs, Schlesinger, Rowe y L. Massion Verniory. Las estadísticas mencionan esta eventualidad en un 95% de los casos (Schlesinger), 77% (Kennedy), mientras que, según Gibbs, solamente en un 31%; Arton, Steiner, Cushing la notan en un 33%, Rowe 36%, Kolodny y Aswatzaturow en

un 50%, Massion Verniory en un 40%. Es verdad que la mayor parte de las veces estas crisis están precedidas de un aura sensorial típica o seguidas de un estado particular "dreamy state", que le da un gran valor localizador como lo veremos más adelante. Esa gran frecuencia de crisis epiléptica en los tumores del lóbulo temporal se ha prestado, como se sabe, a numerosas teorías. Una que tuvo y goza todavía de cierta voga, la atribuye a una especie de centro epileptógeno que se encontraría en el cuerno de Amon, donde existe un sector de vascularización especial (Somerschen sektors), particularmente estudiada por Sommers. Esta hipótesis brillantemente sostenida por Spielmayer y sus colaboradores es rechazada por otros autores, quienes interpretan la frecuencia de la epilepsia en el curso de los tumores temporales como en las localizaciones frontales por la repercusión fácil sobre ésta de los diversos mecanismos que pueden intervenir en su producción. Según Kroll, todos los casos de lo que se llama epilepsia genuina del adulto, en los cuales no se encuentran indicio de afección cerebral, deben antes que nada hacer pensar en la posibilidad de una lesión, en particular de un tumor del lóbulo temporal. Recordemos que Blake Ritchard ha relatado varios casos de tumores cerebrales en los cuales las crisis de epilepsia generalizada precedieron de varios años la aparición de los signos focales. En un caso de Massion-Verniory el paciente presentó de los veinte a los treinta años ataques generalizados que desaparecieron durante veinte años, para reaparecer a los cincuenta años bajo forma de ausencias y equivalentes acompañados de signos focales y generales de evolución sub-aguda. En la autopsia: voluminoso glioma sub-cortical que partiendo de la región parietal se dirigía hacia la región parieto-frontal.

B.—**La Epilepsia Parcial.** (Epilepsia Jacksoniana).— Parece supérfluo insistir sobre el gran valor de estas crisis en el diagnóstico topográfico de un tumor cerebral. El hecho es conocido de todos desde el magistral trabajo de Huglings Jackson. Por su definición misma y por su sintomatología, estas crisis traducen exclusivamente la acción de un proceso patológico sobre una región dada del encéfalo, faltando probablemente las perturbaciones humorales y de terreno que generalicen el ataque. Poseen, pues, las condiciones óptimas de localización.

No insistiremos sobre las diferentes clases de epilepsia Jacksoniana, pero tomemos ese término en su acepción más larga, es decir, en la que designa así todas las crisis convulsivas y parciales, estrictamente localizadas a un miem-

bro o un segmento de miembro o a una región del tronco y cabeza; esto nos permite considerar aquí no solamente lo que comunmente se denomina epilepsia jacksoniana, sino también ciertas crisis, por ejemplo, las de desviación conjugada de los ojos, ciertos movimientos de torsión forzada de la cabeza y del tronco.

En la crisis jacksoniana, como se sabe, es el síntoma inicial, es decir, la contracción del grupo muscular de donde parte el movimiento, que va a dar la noción del centro de donde parte la descarga convulsionante. Es, pues, necesario investigar con cuidado ese punto y de obtener las garantías necesarias en cuanto a su fijeza. La noción del centro en cuestión permitirá la localización bastante precisa del tumor. En lo que concierne a los centros somato-tópicos motores o psico-motores, la cuestión es bastante fácil; más aleatoria es la localización cuando se trata de una crisis de desviación conjugada de los ojos, de una crisis óculo-céfalogira o de los movimientos de torsión forzada del tronco. Por lo que se refiere a las crisis óculo-cefalogiras laterales o a las crisis de elevación o descenso de los ojos, la localización posible puede estar sea en el área (6 A. B.) de Brodmann, centro oculógiro anterior, sea en el área 19, centro oculógiro occipital, o bien todavía en el área 22, centro oculógiro temporal, la presencia de signos asociados o los caracteres mismos de la crisis, sobre los cuales es obvio insistir, permite hacer el diagnóstico.

Las crisis parciales a disposición queiro-oral tienen un gran valor; en efecto, en éstas la contracción inicial toma simultáneamente los músculos del pulgar y los hemi-orbiculares de los labios del mismo lado, como se sabe, se debe esto a la disposición de sus centros respectivos que están juntos en el opérculo rolándico. En este caso la localización puede hacerse con una seguridad casi absoluta, como en el caso de Lhermitte y Claude, y como hemos podido observarlo nosotros mismos en un caso.

Antes de terminar con esto, podemos mencionar algunas estadísticas recientes. Según Voris, Adson y Moersch fué el síntoma inicial en 29 casos sobre 312; según Karl F. List, los ataques de epilepsia jacksoniana se presentaron en 98 casos, o sea 50% de los casos con epilepsia sobre 300 tumores verificados de los cuales 64 eran típicos; en los 28 restantes de trataba de epilepsia sensitivo-sensorial; el 43% de los ataques estaba en relación con un glioma fronto-parietal, un 33% en relación con un tumor de la región prefrontal, y un 16%, por un glioma temporal. Sin embargo, de esta frecuencia el autor pone en guardia, muy justamente, contra la tendencia a localizar demasiado fácilmen-

te un tumor por la crisis convulsiva. Requiere, para hacerlo, que se trate de ataques típicos de carácter constante y fijo, en cuyo caso es razonable de localizar el tumor en una región dada, o cerca del área electro-motriz. La disposición de los centros somato-tópicos, así como la disposición de los centros excitables de la corteza cerebral en el hombre, realizada por Otfried Foster y Penfield, es conocida de todos, lo que nos dispensa de recordarla aquí. En lo que se refiere a la epilepsia jacksoniana sensitiva y sensorial, su valor localizador es igualmente grande: la analizaremos más lejos.

Los ataques de Uncus (Uncinate fits), descritos por Huglings Jackson, son, como se sabe, casos de epilepsia sensorial, gustativa y olfativa, en los cuales el paciente siente de súbito un olor o un sabor intensos, acompañados de un estado especial de la conciencia, analizado después magistralmente por Fóster Kennedy, por Kinnier Wilson, entre otros; se trata del "état de rêve, del sentimiento "du deja vu", del "dreamy state", que tantos problemas psico-patológicos plantea y que ha sido largamente analizado por los autores franceses.

Estos ataques tienen un gran valor de localización puesto que están casi siempre en relación con un tumor de la punta del lóbulo temporal o bien del lóbulo orbitario que se extiende hacia el lóbulo temporal.

C.—Crisis atípicas.—Pequeño mal y equivalentes.—Estos ataques no son muy frecuentes en los tumores cerebrales, y no poseen valor localizador; sin embargo, se les puede observar sobre todo en los tumores frontales y temporales, o en las áreas adyacentes a esa región. Según List, su frecuencia sería de 14% en los tumores de la región temporal, 27% en la región témporo-frontal, y 18% en la región témporo-occipital.

D.—La Epilepsia Vegetativa. (Epilepsia Diencefálica de Wilder Penfield).—Se sabe desde hace tiempo, que en toda crisis generalizada (de origen cortical) se encuentran manifestaciones vegetativas: elevación de la temperatura, modificaciones del ritmo del pulso y de la respiración, sialorrea, etc., etc. Pero, en algunos casos, relativamente raros, los primeros síntomas, los signos iniciales, son estrictamente de orden vegetativo, pudiendo ser seguidos o no de un período convulsionante. Sobre estos hechos ha insistido Wilder Penfield. En estos casos se observan generalmente trastornos de la vasomotilidad cutánea, una vasodilatación marcada de todo el territorio inervado por el simpático cervical, una sudación excesiva, sialorrea, lacrimación, midriasis o miosis, exoftalmia o enoftalmia; en fin, y sobre todo,

perturbaciones de la circulación, de la respiración, de la temperatura, etc. Penfield piensa que si la epilepsia jacksoniana cortical es una realidad indiscutible, se puede admitir también una epilepsia de origen diencefálico, a sintomatología vegetativa, debida a la alteración primitiva del aparato vegetativo hipotalámico. El problema planteado por Penfield ha sido resuelto por la afirmativa. Este autor, en efecto, ha publicado casos de tumores del suelo del tercer ventrículo con crisis de esta naturaleza. Lawrence Morgan, ha relatado igualmente varios casos anátomo-clínicos.

Estos hechos han inducido a varios autores, entre ellos a Salmon, a hablar de un centro epileptógeno diencefálico.

Creemos que se puede muy justamente en presencia de una crisis de epilepsia vegetativa típica acompañada de otros síntomas tumorales localizar el tumor en la región del hipotálamo.

E.—**Epilepsia y tipo del neoplasma.**—Se sabe que los meningiomas o fibroblastomas son por su situación misma los que más frecuentemente dan lugar a la aparición de las crisis comiciales. R. Grof ha insistido recientemente sobre este punto y las nota en 31% de sus 291 casos.

Según Karl F. List, la frecuencia y la sintomatología de los ataques depende no solamente de la localización del tumor cuando se trata de un glioma, sino también de su tipo histológico. Hay diferencias importantes cuanto al número de los accesos y de sus caracteres, según la variedad histológica del glioma. Contra lo que se podría creer a priori, los tumores de desarrollo lento se acompañan de crisis mucho más frecuentes que los tumores de evolución rápida. Por otra parte, los gliomas difusos de tendencia invasora e infiltrante, tales los astrocitomas y los oligodendro-gliomas se acompañan más a menudo de ataques epilépticos que los glioblastomas y los ependimomas mejor limitados. Así, sobre 33 oligodendro-gliomas, 25, o sea el 75%, presentaban crisis epilépticas; sobre 113 astrocitomas, 74, presentaban crisis (65%); sobre 125 gioblastomas solamente 49, (39%), presentaban crisis. En fin, sobre 17 ependimomas, 4 (23%) eran epileptógenos.

Otros factores de orden anátomo-fisiológico parecen jugar un rol importante en la aparición de la crisis: la riqueza de los tumores en gliofibrillas; la existencia de calcificaciones; en fin, la alteración o compresión por el tumor de troncos arteriales que traen consigo perturbaciones en la irrigación cerebral.

Por otra parte, aunque no de manera segura, parece que los gliomas corticales son más epileptógenos que los gliomas sub-corticales.

Contra lo que se podría pensar, el volumen del tumor, la existencia de quistes o de adherencias meningeas no tienen influencia en la producción de los ataques epilépticos.

B) EL TEMBLOR

Este síntoma ha sido anotado con cierta frecuencia en algunos tumores cerebrales. Se trata a menudo, de un temblor a tipo extrapiramidal que toma las extremidades de los miembros contra-laterales, y a veces da sacudidas musculares en algunos de los músculos inervados por el facial. Generalmente este síntoma está en relación con tumores del lóbulo pre-frontal o con tumores de los ganglios estriados. Cuando se trata de un tumor del cuerpo estriado, el temblor va acompañado de otros síntomas que permiten pensar en su localización posible. Mucho se ha insistido sobre la relativa frecuencia con que los tumores del lóbulo pre-frontal pueden revestir la apariencia clínica del parkinsonismo, en el cual el temblor es uno de los síntomas dominantes, tales las observaciones de Kleist, Bostroem, Wexberg, Schuster, Hunt, Lewington, Van Bogaert, entre otros. Según Paul Schuster, en estos casos el temblor no sería la resultante de la disfunción del lóbulo pre-frontal sino más bien, sería debido a la compresión del ganglio estriado. Según Donaggio, ese temblor se debe, en realidad, a la disfunción frontal, cuya acción extra-piramidal se encuentra perturbada (1935).

En un sindrome tumoral dado la constatación del temblor podrá, pues, ser un elemento para una orientación posible del diagnóstico hacia el lóbulo pre-frontal o bien un tumor profundo de la región del cuerpo estriado.

C) LA COREA

En algunos raros casos se ha observado un sindrome hemicoreico en la evolución de un tumor cerebral, pero no se trata de un síntoma aislado, sino coexistente con varios otros. Generalmente se trata de un tumor que compromete la vía cerebelosa y por consiguiente, está localizado fuera de la región que nos interesa aquí. (Pedúnculo, protuberancia, cerebelo). Sin embargo, puede tratarse del compromiso de la vía rubrotalámica en el diencéfalo.

En cuanto al hemi-balismo, su constatación debe hacer pensar en una neoplasia que altera el cuerpo de Luys o su

cápsula mielínica, como en los casos de Ewald, de P. Martín (1927).

2.—SINTOMAS DE DEFICIT

A.—LAS PARALISIS Y LAS PARESIAS

La alteración, sea directa, sea indirecta de las vías incitomotrices por los neoplasmas cerebrales, que se traduce por fenómenos paréticos o paralíticos, es un síntoma que se observa con gran frecuencia en el curso de los neoplasmas cerebrales. Su valor localizador está en relación directa con la precocidad de su aparición y con la extensión del territorio muscular inmovilizado. Es así que las parálisis monoplégicas tienen mayor valor que las hemiparésias. Pero, aún así es necesario tener en cuenta la compresión a distancia, la compresión arterial, en fin, la compresión del hemisferio opuesto, todo lo cual puede inducir en error. Puede tratarse sea de fenómenos paralíticos elementales o bien complejos.

1º PARALISIS ELEMENTALES

1.—La parálisis facial central.—Se sabe perfectamente desde los trabajos de Pisani, Puussep, entre otros, que este síntoma es de un gran socorro para la localización de los tumores del lóbulo frontal. Pero es, sobre todo, Clovis Vincent, quien, en su relato de 1928, ha dado a la constatación de una paresia o parálisis facial, un valor localizador de primera importancia, insistiendo con fuerza sobre el hecho que es el signo que tiene mayor valor localizador de la trilogía considerada por él como característica de los tumores del lóbulo frontal: primero, parálisis facial; segundo, afasia motriz (naturalmente cuando se trata de tumores del hemisferio izquierdo) y tercero, disturbios mentales. Desde esa época neurólogos y neurocirujanos están de acuerdo con el autor francés. Recientemente todavía, insistían sobre este punto Balado, Dowling, Orlando y V. Dimitri, de Buenos Aires.

II.—Hemiparesias y Monoplegias.—La constatación de una monoparesia braquial o crural, o bien de una hemiparesia puede tener cierto valor para la localización cuando se trata de un síntoma que aparece de una manera relativamente precoz, pero, en realidad, este no es siempre el caso y la acción de un tumor en el curso de su desarrollo, sea directamente o sea indirectamente podrá alterar los centros o vías incitomotrices y dar lugar a la aparición de los fe-

nómenos parésicos. La coexistencia de otros síntomas ayudará en la localización posible. Se puede decir, de acuerdo con las estadísticas publicadas, relativamente concordantes sobre el punto, que estos fenómenos se presentan con una frecuencia creciente, según que se trata de tumores de la región fronto-parietal, frontal, parietal, temporal y occipital. En algunos casos, sin embargo, por la compresión del hemisferio sano por un tumor profundo puede inducir en error en el diagnóstico del hemisferio lesionado.

En algunos casos de tumores del lóbulo para-central puede presentarse una paraplegia. En esos casos la localización es relativamente fácil de hacerse.

En su reciente estadística (marzo 1936), Frazier constata que sobre 105 tumores frontales, en 26 existía una hemiparesia contra-lateral, 7 de los cuales coexistían con una paresia facial central. En otros 9 la paresia facial existía aislada. Y en 3 se trataba de una paresia facio-braquial. La paresia facial existía, pues, en 16 casos, o sea el 18%, mientras que la hemiparesia se presentaba en 26 casos, o sea, el 25%. Las cifras de Sachs mencionan la existencia de la presia facial en 32 casos sobre 45 tumores frontales verificados operatoria o anatómicamente, o sea, 70% de los casos. Voris, A. W. Adson y Moersch notan la hemiparesia en 133 casos de tumores frontales, o sea 42%, y la paresia facial en 120, o sea el 38%. En verdad que en la estadística de estos autores es necesario poner aparte 49 casos de tumores exclusivamente frontales, en los cuales tanto la hemiparesia como la paresia facial existía solamente en 15 de ellos, o sea el 30%.

En cuanto a los caracteres mismos de la hemiparesia se observa la mayor parte de las veces la hiper-reflexia tendinosa con presencia del signo de Babinski, clono del pie y de la rótula, que pueden faltar en otros casos. Igualmente la parálisis puede ser espástica como ocurre en la mayor parte de las veces o bien flácida; sin que estas variaciones puedan ser explicadas de una manera precisa. Sin embargo, las minuciosas investigaciones de Fulton y Kennard (1932), pueden arrojar alguna luz sobre el problema. La ablación del área motriz (4 de Brodmann) en los Primates provoca una parálisis flácida cruzada con Babinski positivo e hiporreflexia tendínea. Mientras que la ablación en los mismos animales del área pre-motriz o psico-motriz (6 de Brodmann) es seguida de parálisis espasmódica con hiperreflexia tendínea y prehensión forzada. Cuando ambas áreas son lesionadas, la parálisis es mucho más completa: la espasmodicidad y sus caracteres, mucho más intensos. Con

Frazier se puede admitir que la espasticidad y la flacidez de la hemiparesia en el hombre está igualmente ligada a la alteración dominante del área electro-motriz o psico-motora. Al apoyo de esta noción, Frazier trae las constataciones anatómicas hechas en 13 pacientes espasmódicos y en 5 con parálisis flácida. Pero tratándose de tumores las pruebas no son concluyentes. Más demostrativos son los casos de Davison y Bieber que se refieren a hemiplegias flácidas o espasmódicas por obliteración de las ramas de la arteria silviana; en todos los espasmódicos el área pre-motora estaba fuera de actividad por encefalomalasia. Sin embargo, en otros 6 pacientes con hemiplegia flácida esta área psicomotriz (6 de Brodmann) estaba igualmente interesada sin que la espasticidad hubiera aparecido, pero en tres casos las alteraciones de esta área eran parciales. Parece, pues, que **la integridad del área 6 sea un factor importante, pero no el único, para la aparición de la espasticidad.** Hemos tenido ocasión de observar una hemiplegia flácida cortical, en la mando así la hipótesis de Davison y Bieber y de Frazier.

Como ya lo hemos dicho, los fenómenos de déficit motor pueden observarse igualmente con gran frecuencia en los tumores del lóbulo parietal y sobre todo en los tumores del lóbulo temporal. En estos últimos su frecuencia sería de 92%, según Kolodny y Schlesinger; de 100%, según Artom Knapp y Massion Verniory. Las cifras diferentes de Kennedy (22%), Rowe (50%) son atribuídas por el neurólogo belga a quien se debe un trabajo de conjunto reciente (agosto de 1936), a una observación insuficiente. Esta hemiplegia se debería la mayor parte de las veces a la compresión del pedúnculo cerebral y en algunos casos más raros a la de la cápsula interna. Según Knapp la hemiplegia por comprensión peduncular es precoz y se traduce, naturalmente, por un sindrome alterno superior (de Weber), que la mayor parte de las veces es contro-lateral, raramente homolateal y excepcionalmente bilateral. Según Puussep, la hemiplegia alterna se observa en casi todos sus casos; según Rowe, en un 23% y en un 55 y 63%, según Kolodny y Schlesinger, respectivamente.

La hemiplegia capsular en los tumores temporales sería mucho más tardía. Massion-Verniory afirma que la hemiparesia es siempre da aparición muy tardía, excepcionalmente abre la escena. Pero existe en un 100% de los casos, siendo en un 50% de tipo alterno superior.

2.—PARALISIS COMPLEJAS

Parálisis oculogiras

En estos casos se trata de la pérdida de movimiento de función, sea laterogira o bien de elevación y descenso.

Las parálisis de la mirada se observan excepcionalmente en los casos de tumores corticales, puesto que existen varios centros oculogiros. No ocurre así con los tumores bajo situados. En cuyo caso son las vías oculogiras que van a ser destruídas.

No mencionaremos las parálisis de la mirada lateral que se observan en los tumores protuberanciales, pero sí, retendremos el hecho que la presencia de una parálisis de los movimientos de elevación y descenso del ojo, del sindrome de Parinaud se debe a alteración de la comisura blanca posterior y que en tal caso es un signo que se observa con gran frecuencia en los tumores del tálamo óptico propagados hacia el mesencéfalo y sobre todo, siendo casi un signo patognomónico, en los tumores de la glándula pineal.

B.—DISTURBIOS DE LA DENERVACION

Artificialmente agruparemos aquí algunos síntomas, aunque sabemos cuán criticable es esta reunión.

1º. **La Prehensión forzada ("grasping reflex, forced grasping, groping reflex").**—Este fenómeno de adquisición relativamente reciente, descrito por Janichewsky en 1909 ha sido estudiado hace poco, con penetración y método, por Schuster y Pineas, por Adie y Macdonal Critchley, igualmente por Jean Lhermitte; ha sido objeto en estos últimos años de una serie de trabajos experimentales por Fulton y Jacobsen, por Margaret A. Kennard, a los cuales se debe el conocimiento de la localización exacta de la prehensión forzada en una región estrictamente limitada del área psicomotriz, al pie de la segunda frontal, área 6 B. de Brodmann. En las observaciones anátomo-clínicas de Kurt Goldstein, K. Wilson y Walsch, Liepmann, Schuster, Adie y Macdonal Critchley, de Bucy, de Frazier, etc., etc., esta localización está confirmada exactamente. De tal modo, pues, que se puede decir, sin temor a equivocarse, de acuerdo con los autores precedentes que la presencia de este signo en un paciente que presenta un sindrome tumoral, permite una localización bastante precisa en el lóbulo frontal. Sin em-

bargo, esta regla presenta excepciones, tal el caso de Vries que lo ha constatado en un anencéfalo, lo mismo en el de Gamper que motivó su famosa monografía, de todos conocida. En fin, es justo decir que P. Bucy ha constatado ese fenómeno en dos casos de tumor temporal y pariental, así como Massion-Verniory y en un tumor parietal. Razón por la cual Rabiner en un trabajo reciente, mayo de 1935, niega a este signo un valor de localización absoluta. Sin embargo, en los debates del Congreso de Neurología de Londres (1935) por concenso casi unánime se considera este síntoma como uno de los más importantes en lo que se llama el sindrome premotriz.

2.o La akinesia.

La akinesia como los disturbios de la mímica son de observación relativamente frecuente en los tumores frontales y en los de los ganglios estriados. A veces, coexiste con el temblor y con la hipertonia realizando así un sindrome parkinsoniano, que si en buena cuenta debiera observarse únicamente en los tumores del cuerpo estriado, se observa, sin embargo, en las neoplasias del lóbulo frontal como han podido demostrarlo Kleist, Bostroon, Schuster entre otros. Igualmente se presenta en algunos casos de tumor parietal como lo ha notado Schwab, Sterling, y en los tumores temporales según Massion-Verniory. En todas estas eventualidades el sindrome aparece relativamente tarde y se debe sea a los fenómenos de hipertensión sea a la compresión o a la extensión del proceso hacia el núcleo lenticular.

C.—LA HIPERTONIA

Cuando el aumento del tono muscular reviste los caracteres clásicos de la contractura de tipo extra-piramidal, coexiste casi siempre con el temblor, la akinesia y la amimia, contribuyendo a formar el síndrome parkinsoniano. Es, pues, un signo de escaso valor localizador por lo que hemos expuesto precedentemente. Para evitar repeticiones enviamos al lector a esos puntos. En cuanto a la contractura piramidal la hemos discutido ya con los fenómenos paréticos.

D.—LA AMIOTROFIA

La amiotrofia precoz en los tumores del lóbulo parietal ha sido señalada por Silverstein en 1931 y en 1933; después ha sido confirmada por Temple Fay, por Winkelman, por Guillain y sus colaboradores, por Ludo Van Bogaert. Esta amiotrofia debe ser precoz para tener un valor localizador y a veces, precede todos los otros síntomas tumorales; asociada a disturbios motores y sensitivos constituye un signo de valor semiológico inapreciable para el diagnóstico de los tumores parietales.

Según Silverstein, la amiotrofia sería una manifestación distrófica debida a la alteración de la corteza parietal y, por lo tanto, consecuencia directa de los disturbios sensitivos. Esta interpretación es criticada por Van Bogaert para quien si las lesiones parietales pueden determinar una amiotrofia evolutiva, ésta no es necesariamente concomitante de un sindrome de déficit sensitivo.

Cualquiera que sea el mecanismo fisio-patológico de la amiotrofia precoz, la presencia de ésta en un síndrome tumoral es un factor importantísimo para localizarlo en el lóbulo parietal o en la región parieto-frontal.

E.—LA ATAXIA

Desde las observaciones princeps de Bruns en 1892 ha sido un hecho relativamente frecuente la observación de fenómenos atáxicos en los tumores cerebrales. Según Bruns, esta ataxia sería causada por la alteración del lóbulo frontal, razón por la cual se la llama "ataxia frontal". Veinte años más tarde, Clovis-Vincent en una importante memoria atacaba el concepto patogénico de Bruns admitiendo que si bien es cierto que en los tumores frontales se observa una ataxia especial, ésta no se debe a una alteración del lóbulo frontal, sino únicamente a la compresión a distancia, que ejerce el tumor, sobre el cerebelo, la prueba es que se pueden encontrar los mismos fenómenos en los tumores parietales, temporales y occipitales. La discusión ha sido reabierta en estos últimos diez años por los trabajos experimentales de Spiegel que conducen a admitir la presencia de un centro cortical del equilibrio en la parte media de la segunda circonvolución temporal, y por las investigaciones de Delmas Marsalet quien admite igualmente un centro cortical del equilibrio, pero lo localiza en otra parte, en la región media de la segunda circonvolución frontal, donde se

encontraría un territorio de estructura citológica y mielínica particular. Notemos que estos dos centros se encuentran en la vecindad de las zonas en donde nacen los haces de proyección témporo-ponto cerebeloso y fronto-ponto cerebeloso; lo que complica o simplifica el problema, según el campo en que se sitúe uno. No es necesario recardar los debates a que se han librado diferentes autores en el Congreso Internacional de Neurología de Berna (1930), en las sesiones de la Sociedad de Neurología de París y en el reciente Congreso de Londres en que la cuestión fué de nuevo planteada: Delmas-Marsalet admitiendo la ataxia frontal, Barré atacándola vivamente. En esa misma ocasión, Austregesilo y Borges-Fortes vertían en el debate documentos experimentales favorables. Según Delmas-Marsalet esta ataxia es especial y necesita una investigación minuciosa que permita entonces, encontrar sus cuatro elementos fundamentales: **cerebeloso, laberíntico, práxico y gnósico.** Según la preponderancia de uno de ellos se podrían individualizar varios síndromes:

1.—**El sindrome pedículo-frontal,** correspondiente a la lesión del pie de F. 1. F. 2 y F. 3, caracterizado por signos contro-laterales de aspecto cerebeloso (dismetría, adiadococinesia, ataxia, desviación de un índice, caída, temblor y desviación de la marcha.

2.—**El sindrome medio-frontal,** causado por las lesiones de la parte media de las mismas circonvoluciones, se caracterizaría por disturbios homolaterales de apariencia laberíntica (ataxia bilateral laberíntica, caída y desviación hacia el hemisferio lesionado, desviación desigual en la marcha después de rotación, desorientación espacial).

3.—**El sindrome tele-frontal,** por lesión del polo frontal, se caracteriza por una desorientación espacial aislada.

En fin, se podrían todavía distinguir sindromes profundos por grandes lesiones centrales que alcanzan al cuerpo calloso, caracterizados sobre todo por una astasia-abasia considerable y por disturbios de la marcha, en fin, sindromes mixtos de sistematización difícil. Según el autor bordelés, la ataxia, según sus caracteres, tendría cierto valor **localizador.**

La crítica de Barré se refiere a la vez sobre la forma y sobre el fondo de la cuestión. Según el profesor de Estrasburgo todos los términos de la descripción de Bruns son erróneos, así como son también sujetos a caución y crítica las concepciones de Delmas-Marsalet y Spiegel. En los tumores frontales los disturbios del equilibrio no tendrían jamás los caracteres cerebelosos si al mismo tiempo no hay lesión del cerebelo. Los tumores parietales y temporales darían

exactamente los mismos disturbios, así también como los tumores del tercer ventrículo; en fin, no se trataría de una ataxia puesto que no tiene los caracteres específicos de éstas. En una palabra, la ataxia frontal no tendría ninguna especificidad; debiera quitársele este nombre y hacerla entrar en la serie de los disturbios del equilibrio de origen central. En presencia de un sindrome tumoral su constatación no tendrá, pues, el valor que quieren asignarle Bruns. Delmas-Marsalet, etc.. El espíritu debe orientarse también hacia la región temporal, parietal y diencefálica. La presencia de signos asociados permitirán todavía aquí hacer un diagnóstico aproximado de localización.

El debate queda, pues, abierto: que se trate de una alteración de centros vestibulares frontales (Bruns, Feuchtwanger, Goldstein, Delmas-Marsalet), que se trate de una acción a distancia sobre el cerebelo (Clovis-Vincent, Purwes-Stewart, Grant) o sobre el núcleo rojo (Kleist, Barré), parece difícil negar completamente valor semeiológico a la constatación de los disturbios que justificadamente o nó, se designan bajo el nombre de ataxia frontal. Si bien no tiene el alto valor localizador que algunos quieren asignarle, **constituyen un argumento de probabilidad que reunido a otros síntomas permite orientar el diagnóstico.** Según Knapp, Mingazzini, Schwab se la encuentra casi constantemente en los tumores temporales, opinión que es compartida por Massion-Vernory. Voris, Adson y Moersh denotan uno o varios signos en 32% de sus 314 casos verificados. Frazier le da mucha importancia para localizar los tumores de la convexidad frontal. La obsetvó en 49% de 105 casos verificados del lóbulo frontal, en 50% de los tumores para-sagitales (de la convexidad) y solamente en 5% de los tumores del lóbulo orbitario. Con Frazier, Hare, Gordon, Delmas-Marsalet, Claude y Lhermitte, Guillain, Hertsmann y Schilder, aVn Bogaert, se debe considerar que la presencia de signos atáxicos en un sindrome tumoral, es de un gran socorro para orientar el diagnóstico sea hacia el lóbulo frontal (Bruns), sea hacia el temporal (Knapp). Los signos asociados permiten zanjar el problema.

II. SINTOMAS SENSITIVOS

1.o Síntomas subjetivos.

Para no alargar inútilmente esta exposición recordaremos únicamente las auras sensitivas epilépticas, las parestesias y los dolores, que son perfectamente conocidos:

Epilepsia sensitiva.

Las auras sensitivas o las crisis de verdadera epilepsia sensitiva jacksoniana tiene igual significado que las crisis motoras. Todo lo dicho en el capítulo precedente, podría, pues, repetirse aquí. Su constatación debe orientar el diagnóstico hacia la región post-central o hacia los territorios vecinos. En algunos casos su disposición somato-tópica, la precocidad de aparición y la fijeza de sus paroxismos acrecentan considerablemente su valor. Cuando la crisis es localizada y adquiere la disposición queiro-oral, su valor es inapreciable, como nos ha sido posible constatar en un caso en que la crisis sensitiva jacksoniana se traducía por una sensación de hormigueo y de rozamiento en el pulgar y en el labio superior izquierdo. La repetición constante de estas crisis nos permitió hacer el diagnóstico a pesar de la ausencia de todo otro signo; diagnóstico confirmado un año más tarde por la aparición de un sindrome de tumor parietal completo.

Como en las crisis motrices son los meningiomas los que producen más a menudo el síntoma, como resulta de la estadística de R. Groff. Por lo que se refiere a los gliomas, hé aquí las cifras de List: 28 casos sobre 300, o sea, el 9%. Sobre estos 28 casos, 33% en los tumores parietales, 33% igualmente en los tumores occipitales, 19% en los tumores fronto-parietales, 6% en los tumores temporales y 4% en los pre-frontales.

En cuanto a la constatación de parestesias o de dolor en la región cefálica, son signos que tiene poco o ningún valor. Y cuando se les observa, en general, se les observa tardíamente.

2.o Síntomas Objetivos.

Los Fenómenos de Déficit Sensitivo

Aquí igualmente habría que repetir lo que se ha dicho de los fenómenos paréticos o paralíticos. La presencia de una anestesia más marcada para las sensibilidades discriminativas, localizada en un miembro o en la mitad del cuerpo, es un elemento en favor de una localización cortical. La disposición pseudo-radicular o axial del disturbio sensitivo sobre el miembro superior es igualmente un signo en favor de la localización tumoral en la parte baja de la circonvolución post-central. Pero aquí todavía los fenómenos sensitivos no se observan únicamente en los tumores

parietales o fronto-parietales sino igualmente en los de los otros lóbulos del cerebro, aunque si en un porcentaje menor.

La asociación de dolores espontáneos y de hiperpatía dan la nota talámica y pueden orientar el diagnóstico hacia esa región, pero a nuestro conocimiento se trata de una eventualidad rara.

Los caracteres particulares del déficit sensitivo, las disociaciones tienen un gran valor focal en las lesiones vasculares y son conocidas por todos, desgraciadamente en los tumores pierden su significado preciso, por razones que es obvio repetir.

III.—SINTOMAS SENSORIALES

1º. APARATO VISUAL

1º. Auras Visuales.—

Cuando las ataques epilépticos parciales o generalizados están precedidos por fenómenos visuales paroxísticos, aparición de imágenes elementales, complicadas, o de verdaderas escenas, este síntoma traduce la disfunción de una región dada de las vías ópticas intracerebrales y posee así una importancia topográfica considerable. Cuando se trata de visiones elementales coloreadas o no, llamas, círculos, figuras geométricas, etc., se trata, en general, de un tumor de la punta del lóbulo occipital propagándose más hacia la cara interna. Cuando se trata de objetos o personas, la lesión ocupa generalmente la región de pasaje occípito-témporo-parietal. En fin, cuando son verdaderas escenas animadas, en general, el tumor está en el lóbulo temporal.

Según la estadística—ya tantas veces citada—de List, el aura visual se presentaría en el 37% de los casos de glioma témporo-occipital acompañados de ataques epilépticos; en un 33% de ataques en los gliomas occipitales, y en un 7% de los ataques observados, sea en los tumores temporales o témporo-frontales. En las auras que se producen en los tumores témporo-occipitales, las imágenes están deformadas en varios sentidos: micropsia, macropsia, metamorfopsia.

2º.—La Poliopia.—

Esta multiplicación de la imagen percibida, conocida hace tiempo, ha sido el objeto de un estudio completo de Hoff y Potzl (1935), quienes le asignan un valor apreciable para el diagnóstico topográfico de los tumores occipi-

tales. Como se sabe el disturbio puede ser primero, monocular, luego binocular; la imagen del objeto visto aparece desdoblada, triplicada, multiplicada en series. En los casos en que se acompaña de hemianopsia, ocupa el campo ciego. En estos casos sería un buen signo de localización en la región pericalcarina. En un caso se presentó aislada y permitió un diagnóstico exacto.

Otras veces precede un ataque de epilepsia con aura visual, en el cual se observa una óculo-cefalogiria contro-lateral; entonces, se trata de una localización en la región del polo occipital.

3º.—Los Fenómenos de Déficit visual u óptico.—

Se trata aquí de síntomas tan conocidos, que tenemos casi escrúpulo de mencionarlos. Repetir siquiera su aporte precioso para el diagnóstico topográfico de los tumores, es decir, un truismo.

La ambliopía monocular traduce la alteración del nervio óptico y es un signo que se observa constantemente en los tumores del lóbulo orbitario. El sindrome quiasmático firma la marca del tumor hipofisiario o hipotalámico. La hemianopsia homónima con abolición del reflejo hemi-ópico de Wernicke, traduce la disfunción de la cintilla óptica por un tumor sea temporal, sea parietal profundo, sea diencéfálico. La hemianopsia homónima en cuadrante superior es un signo de gran valor en los tumores temporales, porque traduciría la compresión de la "rodilla temporal", del "temporal loop", que describirían las radiaciones ópticas al rodear el cuerno esfenoidal del ventrículo lateral. (Putnam, Cushing). Esta última interpretación reposa sobre un error anatómico, puesto que como lo ha demostrado Balado, la rodilla temporal no contiene fibras visuales, ya que éstas pasarían directamente sin rodear la punta del cuerno esfenoidal. La hemianopsia lateral homónima con conservación del reflejo hemiópico de Wernicke, permitiría localizar el tumor en la región occipital.

Los signos asociados permiten localizar con mayor precisión, de tal modo que la hemianopsia lateral homónima completa o a veces, en cuadrante, asociada a una atrofia óptica primitiva se observa en los tumores que comprimen la cintilla y el genicular externo (generalmente tumores hipofisiarios, más raramente tumores del polo temporal o del mesencéfalo).

La ausencia de atrofia óptica primitiva y la presencia de alucinaciones elementales o complejas permiten lo-

calizar más precisamente los tumores occipitales, temporales o parietales.

4º. Los disturbios reflejos.—

La abolición del reflejo foto-motor con conservación del reflejo a la acomodación que por costumbre mal justificada se denomina signo de Argyll-Robertson, traduce como lo pensaba Qinnier Wilson y como lo han demostrado H. H. Merrit y Merrit-Moore la alteración de una región bien limitada del tubérculo cuadrigémino anterior, se le puede observar en los tumores que comprimen esta región (además de los mesencefálicos, en los de la glándula pineal o de la región posterior del tálamo óptico).

La abolición del reflejo de parpadeo a la amenaza sobre la cual ha insistido recientemente Rademaker y Garcin, en la ausencia de hemianopsia es un buen signo de presunción de la existencia de un tumor en el lóbulo parietal opuesto. R. A. Schwab ha publicado en 1934 un caso anátomo-clínico demostrativo

5º. El nistagmo opto-cinético.—

Se observaría, según algunos autores, en los tumores corticales, de preferencia temporales (Kroll), parietales, frontales.

APARATO ACUSTICO

1º. Auras auditivas.—Las alucinaciones auditivas elementales.—

Estas son relativamente raras, pero cuando se presentan se observan casi siempre en tumores del lóbulo temporal o bien de regiones vecinas. Se trata de ruidos elementales, de palabras y hasta de frases, cuya constatación puede tener un cierto valor.

2º. Fenómenos de déficit acústico.—

La semidecusación de las vías acústicas centrales, explica el hecho que en los tumores estrictamente cerebrales nunca se observa una sordera unilateral. Cuando un neoplasma compromete las vías centrales de la audición, trae como consecuencia una hipo-acusia bilateral, que es muy difícil de analizar y que generalmente pasa desapercibida. Cuando se tiene la atención fijada en este síntoma, enton-

ces se constata que la hipoacusia es bilateral, pero más marcada en el lado opuesto. La presencia de este signo debe hacer sospechar una localización temporal como en los casos anátomo-clínicos de L. Lawson, en los de Misch.

GUSTO Y OLFATO

Casi siempre las alteraciones de estos órganos sensoriales por lesión central van de par y adquieren así un valor localizador que no es de desdeñar. Raramente van aisladas.

1º. El aura gustativo-olfativa. (Uncinate Fits de Jackson. Ataque del Uncus).—

Se trata en estos casos de un disturbio paroxístico, que a veces puede constituir todo el ataque, en el cual el paciente tiene la sensación de un olor y de un sabor de tonalidad intensa y por su misma intensidad de repercusión afectiva desagradable que se acompaña de un estado de conciencia particular sobre el cual ha insistido Foster Kennedy y que ha dado también lugar a algunas consideraciones psico-patológicas sugestivas por parte de Kinnier Wilson. Todos los autores están de acuerdo para considerar que se trata aquí de la disfunción del Uncus Hipocámpico causada, en los casos que nos interesan, sea por un tumor temporal o bien por la compresión ejercida sobre esta región por un neoplasma del lóbulo orbitario o del occipital. Según List, se observaría en un 18% de los ataques observados en gliomas temporales, en el mismo porcentaje de tumores témporo-occipitales, en 14% de los gliomas témporo-parietales, el mismo porcentaje en los tumores parieto-occipitales y en 7% de los ataques de tumores témporo-frontales.

Frecuentemente el ataque del Uncus se observa como un signo precoz en cuyo caso su valor localizador aumenta considerablemente.

2º. Parosmia.—

En algunos casos de tumores del lóbulo orbitario que comprimen el nervio y el bulbo olfatorios. H. Paskind ha observado una parestesia olfatoria, según la cual los olores provocaban a veces, sensaciones desagradables. Esta

parosmia tendría, según el autor yanqui, un valor topográfico apreciable.

3º. **Los fenómenos de déficit.—**

La anosmia unilateral se observa muy a menudo y constituye así un buen síntoma topográfico en la evolución de los tumores que interesan la cara inferior, orbitaria del lóbulo pre-frontal. A veces puede ser bilateral. Según Frazier es un excelente síntoma de tumores de la base del lóbulo frontal. En 26 casos sobre 105 tumores, o sea 25%, (bilateral en 16, ipso-lateral en 10), más frecuente en los meningiomas que en los gliomas.

4º. **La agueusia.—**

Es un signo que se busca raramente en los sindromes tumorales. Cuando se sospecha una localización temporal debería investigársela puesto que, según Alexandra Adler (1935), habría allí un factor importante para localización. En un caso anátomo-clínico había precedido de mucho los otros síntomas tumorales y existía aislada, el tumor era un meningioma relativamente pequeño que comprimía el polo temporal propagándose hacia la ínsula.

CENTROS CORTICALES DEL EQUILIBRIO

Hemos visto más arriba la discusión a que ha dado lugar la ataxia llamada frontal de Bruns. No es menester repetirse. Según Spiegel, la ataxia temporal que se observa en algunos tumores de esa región, sería debida al compromiso de un centro vestibular cortical posterior. Mientras que la ataxia que se observa en los tumores frontales sería la consecuencia de la alteración del centro vestibular frontal descrito por Delmas Marsalet.

En la ataxia cortical, los fenómenos predominantes son de aspecto laberíntico y constituyen un síntoma de presunción topográfica que reunido a otros, puede conducir a buen término.

IV.—SINTOMAS VEGETATIVOS

La aparición de perturbaciones viscerales, por lesión de los aparatos vegetativos cerebrales, es relativamente frecuente en la evolución de los tumores cerebrales. Salvo algunos de ellos, como lo mencionaremos más lejos, por ejemplo la incontinencia, están ligados a la compresión directa

o a distancia o a la destrucción del aparato vegetativo cerebral localizado en el hipotálamo.

Estos fenómenos hipotalámicos son de tanta actualidad que ya van pasando de moda y que es inútil discutirlos. Enviamos al lector a las monografías completas de Gugliemo, de Camahuer, a los relatos presentados a la reunión Neurológica Internacional de París (1934), y a los más recientes del Congreso de Londres (1935), en los que se encontrará todo lo que se refiere a la anatomía, fisiología, clínica y anátomo-clínica de la cuestión. Contentándonos con mencionar apenas los diferentes disturbios.

1º. La epilepsia vegetativa.—

Este fenómeno descripto por Wilder Penfield en 1929, ha sido encontrado por otros autores. Las constataciones anátomo-clínicas y operatorias posteriores a la operación princeps de Penfield confirman el valor de localización en la región hipotalámica que le diera Penfield.

2º. Los trastornos esfinterianos.—

Generalmente se trata de incontinencia vesical, que es el disturbio más frecuente y que puede tener cierto valor. La incontinencia que se observa en los ataques epilépticos no puede considerarse así. Este fenómeno se debe probablemente al compromiso de los centros vegetativos corticales que inervan la vegiga cuya localización aproximada está en la parte superior del área electro-motriz. Es por eso que se la observa generalmente en los tumores de esta región, al menos cuando aparece precozmente. Voris, Moersch y Adson la notan en 20% de sus 312 casos; Strauss y Keschner en 24% de sus 85 pacientes. Frazier constata disturbios esfinterianos en 26 casos sobre 105. No ocurre igual cosa cuando es tardía y en ese caso puede ser atribuída como lo hacen Keschner, Bender y Strauss, a los disturbios mentales o bien a la compresión a distancia. Ejercida por tumores de la región parietal o temporal; en estos últimos se presentarían en un 25% de los casos de tumores temporales (Keschner). En cuanto a la incontinencia rectal es más rara.

3º. Los trastornos del sueño.—

La somnolencia, la obnubilación, son de carácter constante en la fase tardía de los tumores cerebrales y se deben a la hipertensión céfalo-raquídea; carecen, pues, de valor.

Pero cuando los trastornos del sueño se manifiestan bajo forma de hipersomnia, de crisis de narcolepsia o de dúncular, se trata entonces, de un síntoma que es de un dúncular, se trata entonces, de un síndroma que es de un gran socorro para situar el neoplasma en una región que, como se sabe, después de los trabajos de Von Economo, Demole, Hess, Lhermitte, Marinesco y Van Bogaert, tiene su asiento en la región mediana del suelo del tercer ventrículo. Esta noción de adquisición relativamente reciente es ya tan clásica que no vale la pena insistir. Se ha pretendido que en el hipersomnio por hipertensión, cuando se despierta al paciente éste queda siempre obnubilado, adormecido, mientras que el narcoléptico por tumor hipotalámico "despierta completamente".

4º. Trastornos del hambre y la sed.—

Que se trate de bulimia, lo que es más frecuente, o de anorexia, lo cual es más raro, o de polidipsia, se sabe, ahora, después de las investigaciones recientes de los autores que se han ocupado del hipotálamo, que estos síntomas están relacionados con sus alteraciones. La constatación de estos signos debe, en cierto modo, hacer pensar en la localización tumoral hacia esa región, pero hay que tener en cuenta la compresión indirecta. De tal modo que si se le observa frecuentemente en los tumores del tercer ventrículo, se presentan también en tumores del lóbulo frontal (Frazier, 3 casos, Mills, Bechterew, Sollier y Delageniere, Wats, Spiller, etc.).

5º. Trastornos distróficos.—

a) **La adiposidad diencefálica**; b) **el sindrome adiposo-genital**; c) **el sindrome de Laurence-Monn-Biedl**, (retardo del desarrollo somático e intelectual, adiposidad, atrofia genital, atresia anal, polidactilia y retinitis pigmentaria); d) **La lipodistrofia progresiva de Barraquer Simons**; e) **La caquexia llamada hipofisiaria**, son síndromes que se observan con gran frecuencia en los tumores del tercer ventrículo, en los tumores suprasillares o en los tumores que avecinan el hipotálamo en particular los pinealomas.

Mensión especial merece la **Macrogenitosomia Precoz (Sindrome de Pellizzi)** que hasta estos últimos años era considerada como un signo patognomónico de los tumores de la glándula pineal y que hasta había dado lugar al concepto fisiológico que atribuye a este órgano una función regulatriz en el desarrollo somato-sexual. Debe ser completa-

mente abandonada, puesto que como se sabe, después de la observación princeps de Heuyer Lhermitte, de Martel y C. Vogt, es un signo debido a la alteración del hipotálamo y se la observa en tumores del tercer ventrículo (Casos anátomoclínicos de Horrax, Bailey, Schmalz, Globus y Silbert).

6.o Trastornos metabólicos y de la regulación de ciertas funciones.

La diabetes insípida, la glicosuria, los disturbios de la termogénesis, ciertos trastornos circulatorios y respiratorios, alteraciones de la fórmula hemoleucocitaria, son como se sabe, síntomas que pueden constatarse aislados o asociados y que pueden ayudar a la localización del tumor hacia la región del tercer ventrículo. Se ha señalado hasta la aparición de úlceras gástricas "neurogénicas" (Cushing). Un caso reciente anátomo-clinico se debe a Marten y Bunte.

Todos los signos que dependen del hipotálamo que acabamos de enumerar, pueden presentarse en tumores de otras regiones sea por compresión a distancia, sea por hidrocefalia interna que ejerza una acción compresiva sobre la pared ventral del ventrículo mediano.

SINTOMAS PSICO-MOTORES

Bajo esta rúbrica estudiaremos algunos síntomas motores complejos que requieren su integración a un nivel superior: Apraxia. Afasia motriz.

1.o La Apraxia.

La clásica distinción entre apraxia motriz, ideatoria e ideomotriz no resiste al examen crítico. No es aquí el lugar de discutir este punto. Sin embargo, desde el punto de vista semeiológico se puede decir que la apraxia motriz unilateral debe hacer pensar en la posibilidad de un tumor de la región frontal. Cuando el tumor es profundo e interesa el cuerpo calloso, se observa entonces, una apraxia localizada en el miembro superior y que siempre, cualquiera que sea el lado interesado por el tumor, ataca los miembros del lado izquierdo. Se sabe desde Liepmann cual es la explicación fisio-patológica de este hecho.

Cuando se trata de apraxia ideatoria o mejor todavía de una apraxia óptica o constructiva (Poppelreuter) se puede decir que es el lóbulo parietal que está interesado, pues-

lo que se sabe desde los trabajos de Kleist, Kroll, Pick, Potzl, Staüfemberg, Stromayer, Brum, Blumenau, Ch. Foix, O. Janota, Lhermitte y Trelles, que la alteración de la región, estrictamente localizada en el lóbulo parietal, encargada de regular la somatognosia, realiza una apraxia constructiva típica. La constatación de este síntoma en un sindrome tumoral debe hacer pensar en una localización parietal cuando se trata del hemisferio izquierdo. Pero se puede observar también la apraxia ideatoria en los tumores temporales.

2.o La afasia motriz.

Apesar de todo lo que se ha dicho sobre este tipo de afasia y de las críticas generales a que ha dado lugar la revisión iniciada por Pierre Marie, la presencia de este signo es de una importancia capital para el diagnóstico topográfico de un sindrome tumoral, en la región conocida bajo el nombre de centro de Broca, pié de F. 3. Clovis Vincent le da un valor casi tan grande como el de la paresia facial. Según Balado, se trata de uno de los signos más fieles que puede observar el neuro-cirujano para localizar el tumor al lóbulo frontal izquierdo en los diestros y al hemisferio derecho en los zurdos.

En la estadística de Frazier se observa en un 7% en los casos del tumor frontal, según Kolodny en un 29%; según Saches en 26%, según Clovis Vincent en 50%, según Voris, Adson y Moersch en 29% sobre 312.

SINTOMAS PSICO-SENSORIALES

En este capítulo debemos discutir el valor de algunos síntomas que se observan con relativa frecuencia en el cuadro mórbido de los neoplasmas cerebrales y que se deben a la alteración de las vías y centros sensitivo-sensoriales. Pero aquí no se trata ya de fenómenos simples, sino de síntomas que tienen un componente psíquico más grande, puesto que resultan de la desintegración de la función a un nivel más alto. Nos referimos a las alucinaciones y a las agnosias.

Estos dos grupos de fenómenos son, tal vez entre los más discutidos cuanto a su patogenia ya que, por su esencia misma, se sitúan en el territorio movedizo que es la frontera entre lo neurológico y lo psicológico. Neurólogos y psiquiatras examinan el problema desde puntos de vista diferentes. Es, pues, natural que no lleguen a conclusiones idénticas. Aquí no tenemos por qué entrar en el debate, contentándonos con contemplar estos síntomas únicamente en su

aspecto semeiológico, en el socorro que pueden prestarnos en la difícil tarea de localizar con precisión un síndrome tumoral.

I.—Las alucinaciones.

"La alucinación es la percepción sin objeto". (Ball). "Un hombre que tiene la convicción íntima de una sensación actualmente percibida, cuando ningún objeto exterior propio a excitar esta sensación no está al alcance de sus sentidos, está en un estado de alucinación" (Esquirol).

En las páginas precedentes se ha mencionado y discutido el valor localizador que tienen algunos paroxismos sensitivos o sensoriales, que se traducen como alucinaciones y que constituyen verdaderas auras sensitivas y sensoriales. Debemos, sin embargo, contemplar de nuevo, en conjunto, el valor de las alucinaciones para el diagnóstico topográfico de los neoplasmas cerebrales. En primer lugar, no todas las alucinaciones son auras, "epilepsias sensitivos-sensoriales", como lo quería Tamburini; al contrario, éstas forman una gran minoría.

Aunque el problema fisio-patológico de las alucinaciones no debe ser ni siquiera aflorado aquí, se debe recordar que hay un concenso casi unánime para dividirlas en dos grupos:

Las alucinaciones verdaderas, aquellas que no son criticadas por el paciente, que comportan la creencia, la convicción del sujeto en su realidad y que le aparecen como más reales que la realidad.

Las alucinosis (Claude y Ey), que son reconocidas como tales por el sujeto, quien las critica y no las inserta en la realidad.

Las primeras, las alucinaciones verdaderas, plantean, la cuestión de los delirios; por tanto, interesan esencialmente a los psico-patólogos; se observan generalmente en la clientela de los frenocomios y no van siempre de par con alteraciones cerebrales o viscerales.

Las alucinosis, al contrario, se observan esencialmente en el curso de afecciones orgánicas, tumores cerebrales, meningitis, encefalitis, intoxicaciones, epilepsia, afecciones generales, es decir, en la clientela "de hospital".

Mientras las primeras interesan sobre todo al psiquiatra, las segundas son más del dominio del neurólogo.

De una manera general la alucinosis resultando de la perturbación de un dispositivo nervioso, se puede decir que su constatación, sobre todo cuando aparecen precozmente,

llega a tener cierto valor localizador, el que puede aumentar cuando existen otros síntomas de la región presumida.

Las alucinosis presentes en el curso de los tumores cerebrales son en orden de frecuencia: visuales, olfativo-gustativas, auditivas. En cuanto a las táctiles, kinestésicas y viscerales son observadas con cierta rareza y en todo caso, no son retenidas por los autores como posibles signos de localización.

Los tumores más alucinógenos serían los temporales y occipitales. Los frontales y parietales no lo serían sino cuando invaden las regiones precitadas.

Alucinaciones visuales.

La mayor parte de éstas guardan relación con una alteración de las vías ópticas a partir del cuerpo geniculado. Excepcionalmente se las puede observar en los tumores que invaden o comprimen el nervio o la cintilla óptica, de tal modo que son raras en los tumores frontales o parietales.

En cambio, son muy frecuentes en los neoplasias temporales, occipitales o témporo-occipitales. Tres órdenes de hechos hay que considerar:

1.o **Las alucinaciones elementales** son, por lo regular, imágenes de llamas o luces, a veces luces coloreadas, escotomas centelleantes, puntos brillantes, círculos o figuras geométricas. Generalmente en movimiento, las imágenes se desplazan, aunque también pueden permanecer quietas. Las imágenes pueden ser normales en cuanto a su tamaño o bien diminutas (micropsias) o aumentadas (macropsias), o deformadas completamente (metamorfopsias). Cuando estas fotopsias se presentan con cierta fijeza y son uno de los primeros signos, entonces tienen un gran valor localizador, pues resultan de la disfunción de la corteza estriada que bordea los labios de la calcarina.

La valoración acordada al síntoma por Krause y Harsley ha sido reconocida por los neuro-cirujanos modernos, Cushing. Foerster, Kennedy, etc.

2.o **Las alucinaciones organizadas** en las que la imagen tiene caracteres más complejos: visión de objetos, plantas animadas, personas, coloreadas o no, que se mueven y se desenvuelven ante los ojos del sujeto como en la vida real casi siempre van de par con tumores témporo-occipitales o temporales. Cushing pretende que estas alucinaciones visuales guardan relación con la invasión o adulteración de las radiaciones ópticas y casi siempre se acompañan de defectos en un campo visual. Muchas veces las alucinaciones prece-

den la hemianopsia y cuando van de par ocupan el campo ciego; en algunos casos este carácter es tan neto que la imagen móvil al pasar del campo ciego al de visión normal va borrándose progresivamente, como desaparece un objeto que algo viene a ocultar progresivamente.

Estas alucinaciones se observan en los tumores témporo-occipitales. Sin embargo, ciertos caracteres permiten tal vez, una localización más estrecha.

Cuando la imagen visual presenta deformaciones marcadas, metamorfopsias netas, micropsias o macropsias y se acompaña de "alucinaciones del equilibrio", sensación de traslación, entonces habría lugar a localizar el tumor en la región occípito-parieto-temporal (Hoff, Kamin, Poetzl).

Si la alucinosis se acompaña de hemianopsia homónima, el tumor está en la región temporal posterior o témporo-occipital.

En fin, cuando las alucinaciones visuales se acompañan del "état de rêve", del "dreamy-tate", la localización debe hacerse en el polo temporal.

3.o **La alucinosis peduncular** (Lhermitte-Van Bogaert) se caracteriza por una imagen simple, a veces coloreada, kaleidoscópica y cinematográfica que se desarrolla en la hora crepuscular, cuando la sombra comienza a borrar los contornos de objetos y personas. En estos casos se trataría de un equivalente narcoléptico que libera la fase positiva del sueño. Se le observa en los tumores de la calota del pedúnculo cerebral, en los del tercer ventrículo o en algunos tumores temporales que ejercen su acción compresiva a distancia.

Alucinaciones gustativas y olfativas.

Muy a menudo éstas van unidas, como en el estado normal y preceden un estado particular de la conciencia llamado el "estado de ensueño" **(dreamy state, état de rêve).**

Casi siempre el paciente siente un olor fortísimo, acompañado de un sabor intenso, igualmente desagradable, que da lugar a un estado afectivo particular.

Tres eventualidades pueden ocurrir:

1.o Las alucinaciones olfativo-gustativas quedan aisladas.

2.o Ellas constituyen el aura de la epilepsia temporal, del ataque del uncus (uncinate fit), sobre cuyo valor hemos insistido ya.

3.o Las alucinaciones son el preludio de un fenómeno psico-patológico especial en el cual el paciente parece "ido, la mirada y el espíritu perdido", presa de un estado afec-

tivo especial, como transportado a un mundo que él ha visto ya, "sentiment du déja vu", vive como en sueños "dreamy state", état de rêve". Otras veces, se siente transportado hacia atrás, ve como un relámpago su pasado y se siente niño. Kinnier-Wilson compara ese estado con el que refieren los que han escapado a la muerte por submersión u horca, en que hay esa vista panorámica del pasado, según Gilbert-Horrax, Foster Kennedy, el polo temporal, uno de los primeros sectores corticales que funciona en la vida guarda los recuerdos infantiles que tanta carga afectiva tienen. De allí que en el paroxismo sensorial invadan fuertemente la conciencia creando el "estado de ensueño".

Desde Hughlings Jackson es clásico considerar el "dreamy state" como característico de las lesiones del Uncus del Hipocampo. Todos los autores que lo han estudiado, Purwes-Stewart, Foster-Kennedy, Horrax, Knapp, Kolodny, Massion-Verniory, Sachs, Keschner, Bender y Strauss, le dan el mismo valor topográfico, pero aprecian diferentemente su presencia.

Foster Kennedy lo encuentra en 7 casos sobre 9, o sea 71%; Horrax en 13 casos sobre 72, o sea 18%; Rowe en 3 casos sobre 52, o sea 6%; Kolodny en 7 casos sobre 36, o sea 18%; Keschner, Bender y Strauss en 9 casos sobre 110, o sea 8%; Massion-Verniory en 3 casos sobre 19, o sea 20%.

Alucinaciones auditivas.

1.o **Alucinaciones auditivas elemenales** se encuentran algunas veces en el curso de tumores temporales o frontales. Se trata casi siempre, de ruídos simples, silbidos, zumbidos, sonidos de campanillas, etc., o bien de gritos, sonidos musicales, elementales o hasta vocablos aislados. En este caso—el examen otológico siendo naturalmente negativo—los autores le conceden cierto valor de presunción focal hacia el lóbulo temporal.

Según Curville, sobre 99 tumores temporales verificados, 4 únicamente presentaron alucinaciones auditivas, mientras que sobre 98 tumores frontales, 6 pacientes las tuvieron, pero en éstos había signos marcados de hipertensión intra-craneana. Curville concluye que estas alucinaciones en los casos de tumor temporal representan un signo de localización, mientras que las observaciones en neoformaciones frontales se deben a la acción a distancia del tumor o a una asociación psicótica. Keschner, Bender y Strauss las notan en 4 casos sobre 110, o sea 3%.

2.o **Las alucinaciones complejas** en las que el sujeto oye

frases y sostiene conversaciones, rarísimas en neurología, son como lo dice Mourgue "alucinaciones del lenguaje", en las que el sujeto empeña su personalidad, sus tendencias y "proyecta" su pensamiento. Para el diagnóstico topográfico no ofrecen ninguna utilidad.

En cuanto a las alucinaciones del equilibrio, señaladas por Laruelle en un caso de neoplasma temporal, no las hemos encontrado señaladas sino en los trabajos experimentales de Hoff y Kamin.

II.—Las agnosias.

No nos ocuparemos aquí sino de las más conocidas de las agnosias: la agnosia auditiva, verbal o afasia sensorial, y la agnosia óptica especial gráfica o alexia. Dejamos completamente de lado ciertas agnosias especializadas, discutidas o de escaso valor localizador, tales la táctil de Gertsmann, la agnosia musical o amusia, etc.

Todos estos fenómenos, cuyo valor localizador es más o menos preciso, traen siquiera la localización del hemisferio lesionado, izquierdo en el individuo diestro.

Agnosia verbal.— La afasia sensorial.— Tiene una localización anatómica demasiado conocida desde Wernicke, para que sea necesario insistir de nuevo. Su constatación, sea parcial o total, implica la alteración de la parte media de T1 izquierdo en los diestros y viceversa. Indica, pues, la presencia de un tumor temporal o la compresión de esta zona. Hay pocos puntos en litigio, cuya exposición detallada se encontrará en las monografías de Knapp, de Artum y de Marburg.

Su frecuencia es variable según los autores. Muy grande para los alemanes (90%, Knapp, Marburg), lo es menos para los americanos, (31%, Rowe). Para Massion-Verniory 100% de los tumores izquierdos. Sin embargo, se la puede observar en los tumores derechos en individuos diestros y en ese caso se trata de compresión a distancia o hidrocéfalo. Raras veces, inicial, es a menudo tardía. Algunas veces se trataría de una afasia amnésica pura, en cuyo caso la lesión estría según Broadbent en la región posterior de T.2.

En fin, en los tumores temporales izquierdos se observa frecuentemente una acalculia, o bien una amusia.

La agnosia óptica gráfica.— La alexia sea total, sea parcial, constituye un excelente signo de los tumores occipitales y en particular de los que asientan en su cara inferior, lóbulo lingual, o en los tumores profundos de la región occipito-parietal izquierda o derecha en los zurdos. Sus caracteres y frecuencia son bien conocidos de todos.

LOS SINTOMAS MENTALES

Los autores clásicos sabían ya de la gran frecuencia de los disturbios mentales en los neoplasmas cerebrales. Muchas veces abren la escena y la dominan tan completamente que los pacientes son dirigidos a un frenocomio. La aparición de un síndrome tumoral, permite, a veces reformar el diagnóstico, pero no siempre; los que han tenido ocasión de hacer necropsias en los asilos de alienados, saben bien que sujetos tomados por dementes seniles o presbiofrenos, eran en realidad portadores de una neoformación cerebral.

No hay siempre relación entre el tamaño del tumor y la importancia de los disturbios mentales, como tampoco la hay, contra lo que algunos sostienen, entre éstos y el tipo estructural de la neoplasia ni con la rapidez de su crecimiento. Es de constatación corriente que un glioma grande, difuso, evolucione silenciosamente o con manifestaciones psicopatológicas muy discretas, mientras que tal otro tumor pequeño, pero situado en otra región, dará lugar a un cuadro mental ruidoso. Siempre se ha constatado, pues, cierta paridad entre la situación que ocupa la neoformación y la producción e importancia de los disturbios psíquicos. De allí a dedicarse a encontrar o determinar los síndromes que corresponden a las diferentes regiones del encéfalo no había sino un paso.

Todos los autores están de acuerdo para considerar como lo recordaba no ha mucho, L. Meyers, que, a parte de los cuadros confuso-demenciales del período terminal relacionados directamente con la hipertensión intra-creana, existen disturbios mentales que realizan ciertos síndromes directamente relacionados con el sitio que ocupa el tumor. Y según consenso general, las perturbaciones mentales son frecuentísimas, casi de regla, en los tumores frontales, frecuentes en los temporales mientras que faltan en los neoplasmas parietales y occipitales. En cuanto a los tumores profundos: los del tercer ventrículo, pueden acompañarse de manifestaciones mentales, las que adquieren sus mayores proporciones en los neoplasmas del cuerpo calloso.

La tesis de Baruk marca una época en la discriminación semeiológica de los trastornos mentales de los tumores cerebrales. Aunque no está basada en las cifras tan considerables a las que nos han acostumbrado los autores americanos, las conclusiones mesuradas a que llega Baruk deben quedar, pues, son el fruto de una observación rigurosa, sancionada por los hechos. Según este autor es posible ha-

cer un psico-diagnóstico topográfico de los tumores cerebrales. Pero hay que saber siempre separar los cuadros confuso-demenciales en relación con la hipertensión endocraneana. Además, el autor francés considera el valor localizador de síndromes mentales, pero no de síntomas. Así se pueden identificar dos o tres síndromes que pertenecen al lóbulo frontal, otros característicos de los tumores basales (de la región hipotalámica), de los tumores temporales, del cuerpo calloso. Pero ninguno de ellos tiene un valor absoluto, debe siempre encontrarse asociado a otros síntomas de la región incriminada.

Recientemente los neuro-cirujanos americanos han ensayado de fijar el valor localizador que podían tener algunos síntomas mentales. Del análisis de sus estadísticas se puede ver el fracaso de esta tentativa.

Strauss y Keschner (1935) notan que la mayor parte de los autores están de acuerdo en la gran frecuencia de los trastornos mentales en los tumores frontales, frecuencia que varía entre 90% según los unos y 70%, según otros. Strauss y Keschner sobre 85 tumores verificados, en 77 (90%), hallaron disturbios mentales; en 31 (37,5%) constituyeron una de las primeras manifestaciones. Sobre los 105 casos de Frazier (1936), 60 (58%), tuvieron manifestaciones psíquicas mórbidas, lo mismo que 22 sobre 37 (65%) pacientes de Kolodny (1929), y 32 sobre 45 casos (71%) de Sachs (1930).

En los casos de tumor temporal, Massion-Verniory como Schlesinger, los constata en 100% de sus 15 casos. Según Kolodny y Rowe la proporción sería menor, 50% de sus series. Las cifras y conclusiones de Keschner, Bender y Strauss, que han sido vivamente criticadas por Foster Kennedy, Sach, Frazier, Russel y Davis, tienden nada menos que a establecer la gran frecuencia de estos disturbios en los tumores temporales. Aunque el trabajo a que hacemos referencia no sea muy convincente, he aquí las cifras: sobre 110 tumores temporales, 79 de los cuales verificados operatoriamente y 31 operatoria y anatómicamente, 103, o sea 94%, presentaban trastornos psíquicos. En 38 pacientes (35%) fueron la primera manifestación del tumor.

Aunque no puedan prestarse a deducciones localizadoras, damos aquí el resultado de los análisis a que se han dedicado recientemente los neuro-cirujanos americanos. No citaremos sino las estadísticas recientes: Frazier (105 tumores frontales;) Strauss y Keschner (85 tumores frontales); Keschner, Bender y Strauss (110 tumores temporales); Voris y Adson (38 casos de tumor del cuerpo calloso). El déficit mnésico existía en 40% (41 casos) de la serie de Fra-

zier y en 57,5% de los casos de Strauss y Keschner relativos a tumores frontales, frecuentemente fué el signo inicial (10%, Strauss y Keschner). En 50% (55 casos) de los tumores temporales, en 9 (8%), como primer signo. Igualmente se presentaba en 26 casos (69%) de tumor del cuerpo calloso.

La desorientación espacial era neta en 17 casos (16%) de Frazier. Aquí los disturbios eran del tipo de la planotopokinesia, descrita por Pierre-Marie.

La desorientación témporo-espacial simple, va casi siempre de par con el déficit mnésico. Existe en 57% de los tumores frontales de la serie Strauss y Keschner; en 55 casos, 50% de los temporales y en 13 casos (34%) de los del cuerpo calloso.

Los disturbios del sensorio (bajo ese título los autores americanos designan la disminución perceptiva y de la atención, la pobreza de la concentración mental, confusión, somnolencia, obnubilación), se presentan en 61 tumores frontales de la serie Strauss Keschner, sea (71%); en 24 de los de Frazier (23%); en 87 temporales (79%) y en 23 (67%) de los del cuerpo calloso.

El déficit intelectual "sea la disminución o pérdida de la capacidad de sintetizar los procesos simples de la ideación en los procesos más complejos del pensamiento", está presente en 62% de los casos de Strauss-Keschner y en 34 pacientes (33%) de Frazier que se refieren a tumores frontales; en 62 casos (56%) de los temporales, en 21 de los cuales fué el primer síntoma y en casi todos los casos de tumor del cuerpo calloso.

Los cambios de la personalidad psico-física, son igualmente frecuentes; existen en: 63,5% de los casos de Strauss y Keschner y en 24 (23%) de la serie de Frazier de tumores forntales; en 58 pacientes (53%) de los temporales y en 23 (67%) de los del cuerpo calloso.

Los disturbios afectivos, irritabilidad, emotividad, puerilismo, depresión o expansión, se presentaban en 54 casos (63%) de tumores frontales (Strauss Keschner); en 63 casos (57%) de los temporales y en 10 casos (26%) de los del cuerpo calloso.

En los neoplasmas frontales, operados por Frazier se observa: emotividad en 17; irritabilidad en 10; moria en 3; euforia, puerilismo y alucinaciones en 6.

La moria se observó igualmente en algunos casos de tumor temporal y en 10 casos de glioma del cuerpo calloso propagado hacia uno o ambos lóbulos frontales y la depresión en 4.

Los disturbios de la esfera psico-sexual, por disminución del freno social y exaltación de las tendencias instintivas, se observó en 5 casos de la serie Strauss-Keschner y en 2 de la serie Frazier de tumores frontales.

Se ve, pues, que por ellos mismos los síntomas psíquicos no tienen ningún valor localizador. Se les observa tanto en los tumores de una como otra región.

Sin embargo, se puede decir que aparecen con mayor frecuencia en los tumores frontales, sobre todo en los del lado izquierdo y más aún cuando ambos lóbulos están interesados. Los tumores del tercer ventrículo producen igualmente trastornos mentales en los cuales predominan los disturbos efectivos. Los temporales, sobre todo los que se propagan hacia adelante, invadiendo la región frontal, o hacia adentro, comprimiendo el ventrículo mediano, son altamente psico-morbígenos. En fin, los tumores del cuerpo calloso son los que dan cuadros mentales más marcados y predominantes. En cuanto a los tumores occipitales solamente por el proceso hipertensivo pueden dar lugar a un síndrome mental.

Pero si en definitiva no hay síntomas de localización, algunas veces éstos se agrupan y crean síndromes de presunción.

Así en los tumores frontales predomina el déficit mnésico, que a veces, ligado a fabulación realiza el síndrome de Korsakoff; los disturbios de la orientación espacial; la espontaneidad y la falta de incitación a la acción (Kleist) que realizan cuadros pseudo-esquizofrénicos; la somnolencia "frontal"; el "estupor frontal" (Kennedy), del cual se arranca difícilmente el enfermo y que se debe distinguir de la narcolepsia hipotalámica; los disturbios afectivos: depresión o moria, la exaltación de algunos instintos.

En los tumores temporales existen alucinaciones, déficit mnésico y disturbios afectivos que pueden ser semejantes a los frontales.

Los tumores del cuerpo calloso dan lugar generalmente a síndromes demenciales marcados, a veces, a psicosis difíciles de clasificar.

Los tumores del tercer ventrículo se caracterizan por el onirismo, la alucinosis visual, la apatía, la astenia, los disturbios afectivos y del carácter.

En último análisis si el examen psico-patológico puede ayudar reunido a los otros síntomas neurológicos en la tarea ardua de localizar un neoplasma cerebral; tomados por ellos mismos uno a uno los síntomas mentales carecen de valor para el diagnóstico topográfico de los síndromes tumorales

---

Al terminar esta larga enumeración llegamos a la conclusión poco satisfactoria que no existe un signo que tenga valor absoluto de localización. Es la reunión de varios síntomas, su conjunción en síndromes lo que permite una localización tumoral. Pero aún así, ¿podemos localizar con certeza absoluta? Podemos, únicamente por medio del examen clínico apreciar la situación exacta de una neoplasia, fijar sus límites, su volúmen, tan importante para el neuro-cirujano? Plantear la cuestión es resolverla. Felizmente que los métodos arteriográficos y ventrículo y encefalográficos han venido a colmar esta laguna y facilitarnos la tarea.

TERCERA PARTE

LOS SINDROMES DE LOCALIZACION

I.—Tumores del lóbulo frontal.

Es muy difícil fijar, como lo anota Frazier, los límites exactos del tumor y poder atribuirlo a una de las tres subdivisiones del lóbulo frontal: región electro-motriz; región psico-motriz y región prefrontal. Muy raras veces el tumor está confinado en una de esas regiones. De tal modo que sería arbitrario querer describir un síndrome tumoral para cada área. Por otra parte, la sintomatología es diferente, según se trate de un tumor de la convexidad o de la base.

Los tumores del área electromotriz, de la circonvolución precentral comprometen casi siempre, la circonvolución post-central, de tal modo que constituyen un síndrome aparte, fronto-parietal o de la cisura central. Lo describiremos más lejos.

En su ponencia sobre los tumores frontales de 1928 Clovis Vincent retiene como característicos de éstos, los tres síntomas siguientes: la paresia facial central contro-lateral, los disturbios mentales: amnesia, estupor, moria o depresión y 3.o, cuando se trata del hemisferio izquierdo en individuos diestros, una afasia motriz neta o esbozada. Esta trilogía da, si se quiere, la nota frontal.

Buscando a penetrar más lejos en el problema y en una tentativa de localizar más estrechamente el neoplasma en una de las diferentes porciones del lóbulo frontal, Puussep pretende que la predominación de ciertos síntomas orienta hacia un área dada. Por ejemplo: la anosmia unilateral o bien la parosmia indica no solamente el lado de la lesión sino también su presencia en el lóbulo orbitario. Los distur-

bios motores elementales lo sitúan en la circunvolución motora o en su vencidad. La amnesia, la ataxia frontal indicarían un tumor bilateral o bien un tumor que comprime ambos lóbulos por su situación entre ellos. La presencia de un temblor de las piernas sugiere un tumor situado en la región del lobulillo paracentral.

Recientemente Frazier ha ensayado de fijar más los diferentes síndromes que se observan en los tumores del lóbulo frontal. Según el neuro-cirujano de Filadelfia es necesario separar los síndromes producidos por los meningiomas de los que son consecuencia de gliomas.

Los meningiomas por su cápsula, por su crecimiento lento, por su situación extra-nerviosa dan lugar a cuadros clínicos netos. Según su punto de nacimiento, la evolución será diferente. Conviene, pues, describir con Frazier, Alpers y Groff:

1.o **Meningiomas** esfenoidales, que se caracterizan sobre todo por los signos ópticos: atrofia primitiva con hemianopsia homónima (en los del ala menor), edema papilar (ala mayor) con anosmia y parosmia, signos radiológicos probables, compromiso del óculo-motor externo, ligeros disturbios atáxicos y mentales. Si el tumor está en el lado izquierdo, afasia motriz.

2.o **Meningiomas de la gotera olfativa.**— Se caracterizan por la anosmia homolateral o bilateral, por el déficit óptico, la hiperestesia y por la ausencia de signos psíquicos y atáxicos.

3.o **Meningiomas de la convexidad** son los más frecuentes y dan lugar a un cuadro clínico más rico en manifestaciones "frontales", puesto que por su situación misma comprimen directamente la región más altamente diferenciada de la corteza. Aquí la paresia facial central, la hemiparesia, los ataques comiciales, los disturbios mentales, la afasia en las localizaciones izquierdas, la "ataxia frontal" sobre todo marcan netamente la localización frontal y permiten el diagnóstico topográfico.

4.o **Los meningiomas polares,** generalmente bilaterales, se caracterizan por los disturbios mentales, la atrofia óptica, los disturbios de la olfación y por la imagen radiográfica.

Los gliomas dan cuadros diferentes según su extensión en superficie y profundidad, según su tipo histológico y su localización. Pero aquí no hay síndromes definidos aunque la nota frontal será dada por la paresia facial central, la afasia en los tumores izquierdos, la ataxia y por los distur-

bios mentales: moria, amnesia, depresión, psicosis de Korsakoff, pseudo-esquizofrenia, etc.

Se puede decir igualmente que cuando el glioma es polar el cuadro mental es predominante; en los de la región media, la ataxia y en los posteriores, la paresia facial, el signo de la prehensión forzada podrán orientar hacia el diagnóstico topográfico preciso.

Con Kennard, Viets y Fulton se puede aceptar que en los gliomas limitados al área psico-motriz se observa: paresia gradual predominante en los movimientos finos de las extremidades, espasmodicidad, hiper-reflexia, trastornos vasomotores y el reflejo de la prehensión forzada, conjunto que los autores denominan "síndrome de la corteza psicomotriz".

II.—Los tumores parietales.

Tienen una sintomatología de predominancia sensitiva. Pero aquí igualmente, según la propagación del neoplasma hacia la región frontal, temporal u occipital esta sintomatología sensitiva se complica de la nota peculiar a cada una de esas regiones. En general los disturbios sensitivos de tipo cortical, la predominancia de astereognosia, las crisis de epilepsia sensitiva, la posibilidad de una apraxia ideatoria en las lesiones izquierdas, la amiotrofia precoz, la abolición del reflejo de parpadeo a la amenaza, la ausencia o pequeñez de disturbios mentales y ópticos permiten hacer el diagnóstico.

La presencia de trastornos motores indica la extensión frontal, la afasia sensorial o la alexia testimonian de la extensión hacia el lóbulo temporal u occipital en las localizaciones izquierdas.

III.—Tumores centrales. (Fronto-parietales)

Aquí el neoplasma invade igual o desigualmente la circonvolución pre-central y post-central. Las manifestaciones sensitivo-motrices a disposición cortical abren la escena, la crisis de epilepsia jacksoniana, el "señal síntoma", la hemiparesia sensitivo-motriz permiten localizar exactamente el cuadro clínico. Si la hemiplegia es flácida, se puede inferir que la región psicomotriz no ha sido alterada. Al contrario, si hay espasticidad, si se observa el reflejo de prehensión forzada, se puede concluir que el tumor invade esta región.

IV.—Tumores occipitales.

En presencia de un síndrome tumoral dado son los caracteres de las manifestaciones visuales las que permiten de atribuirlo al lóbulo occipital. La presencia de una hemianopsia homónima con abolición del reflejo hemiópico de Wernicke, las alucinaciones visuales elementales, la poliopia, la posibilidad de crisis comicial es precedida de aura visual y de crisis óculo-cefalógiras, la ausencia o pobreza de fenómenos mentales parésicos, atáxicos, son los caracteres mayores de las localizaciones occipitales.

Por la localización en la cara interna militan la hemianopsia, las alucinaciones elementales, la poliopia.

En las lesiones del hemisferio izquierdo, la hemianopsia con **alexia** y alucinaciones elaboradas caracterizan los neoplasmas de la cara externa. En los tumores del hemisferio derecho, el carácter de las alucinaciones, que son imágenes deformadas, sea micrópsias o macropsias o mejor, las metamorfopsias, las crisis de desviación conjugada de los ojos y cabeza, permiten igualmente reconocer la localización en la cara externa. Pero aquí, como en todos los tumores cerebrales, cuando los síntomas de localización existen, el diagnóstico topográfico es relativamente simple. Cuando faltan y, todos saben cuán a menudo es así, el problema es insoluble clínicamente.

V.—Tumores temporales.

Los trabajos de Hughlings-Jackson, Knapp, Mingazzini, Schlessinger, Foster-Kennedy y Massion-Verniory, entre otros, permiten atribuír fuera de la agnosia verbal (afasia sensorial en las lesiones izquierdas) los siguientes síntomas a los tumores temporales: alucinaciones y disturbios olfativo-gustativos y auditivos; disturbios psíquicos, "dreamy-state", epilepsia temporal, hemianopsia en cuadrante superior, "ataxia temporal", signos a los cuales se junta muy a menudo una hemiparesia alterna de Weber por compresión del pedúnculo cerebral. Estos síntomas se reunen diferentemente según que la lesión ataque el hipocampo, la parte media o la parte posterior del lóbulo. Aunque esta división nos parezca arbitraria, pues solamente de manera excepcional los tumores son tan limitados y que en general invaden las regiones vecinas, preferentemente la ínsula, el lóbulo frontal y parietal, damos a continuación la subdivisión que se ha propuesto.

El tumor del uncus se caracteriza por la epilepsia temporal (uncinate fit), por el "dreamy state" y disturbios psíquicos.

La localización a la parte media, en las lesiones izquierdas se reconoce por la afasia sensorial, por la hemianopsia precoz en cuadrante superior, por la hemiparesia alterna de Knapp, por la ataxia.

La localización posterior e inferior se podría reconocer por la hemianopsia con alexia (en los tumores izquierdos), por la ataxia y la hemiparesia de Knapp.

Tumores del cuerpo calloso.

Esta localización neoplásica se traduce por los máximos disturbios psíquicos y otros síntomas de vecindad, punto en el que insistieron Raymond, Lejonne y Lhermitte, en 1906. Está entre los más dificilmente localizables, ya que de opinión de los neuro-cirujanos americanos nunca han podido llegar a hacerla "in vivo" sin el socorro de la ventrículo y encefalografía (Armitage y Meagher, Michelson, Voris y Adson). Felizmente se trata de una localización relativamente rara: 12 sobre 2,000 (0,6%), tumores cerebrales verificados (Cushing); 38 sobre 314 tumores frontales (12%) verificados (Voris y Adson).

Pero si no hay signos de seguridad, hay por lo menos un síndrome de probabilidad. Según Michelson, se observarían además de los disturbios mentales precoces y rápidamente evolutivos hacia la demencia, una hipertermia, de origen central y la apraxia de la mano izquierda. Según Schuster, la parapliegia sería de regla, pero contra esta aserción se inscriben los neuro-cirujanos americanos.

Armitage y Maeger insisten sobre la precocidad y la marcha progresiva de los disturbios mentales, la falta de habilidad motriz bilateral y la instalación rápida de la hipertensión y la evolución rápida. Voris y Adson insisten sobre la existencia de "signos cerebelosos".

En resumen, en el cuadro clínico predominan los disturbios mentales (déficit intelectual global precoz de marcha progresiva, disturbios del humor y del carácter); la apraxia, los síntomas atáxicos. El diagnóstico parece imposible sin el socorro de los métodos de exploración.

Tumores de los núcleos opto-estriados.

Si los síndromes focales vasculares de los ganglios de la base tienen una sintomatología bien conocida hoy, que permite identificarlos con relativa facilidad, no ocurre lo mismo con los tumores que los alteran. Por regla general los signos focales faltan y sólo se presentan los signos hipertensivos y compresivos, que por la situación anatómica misma de estos núcleos, dominan la escena y hacen el diagnóstico topográfico extremadamente difícil.

Sólo contemplaremos los tumores del Núcleo Lenticular y los del Tálamo, puesto que los del Núcleo caudado se extienden sea al Cuerpo Calloso o al Tálamo, no teniendo sintomatología propia.

Los tumores del Núcleo Lenticular no dan lugar, en la gran mayoría de los casos, a un síndrome akinéto-hipertónico como se podría esperar. Ody encuentra que sobre 25 casos, sólo 2 presentaron un síndrome parkinsoniano neto. En los restantes, la sintomatología traduce la compresión de las regiones vecinas, cápsula interna, tercer ventrículo, hipotálamo, mesencéfalo, cintilla óptica, etc. Sin embargo, la presencia de síntomas de la serie extrapiramidal, como en los casos de Van Bogaert, puede orientar el diagnóstico, aunque hay que tener presente que los tumores frontales dan lugar, a veces, a la misma sintomatología.

Los tumores del Tálamo Optico no son muy frecuentes y se caracterizan por la pobreza de su cuadro clínico y sobre todo por la ausencia de los signos de la serie talámica. Esto se debe probablemente al hecho que el glioma se insinúa lentamente entre fibras y células, dejándoles cierta adaptación funcional, no las suprime brutalmente como los procesos vasculares. Imber a quien se debe un trabajo de conjunto (1930), insiste sobre esta falta de los signos sensitivo deficitarios o de los dolores. De los 45 casos reunidos por el autor italiano, 27 eran primitivos y en 18 solamente la lesión estaba estrictamente localizada. Los síntomas eran inconstantes: en 19 casos había síntomas de excitación motriz, en 9 parálisis oculares (sobre todo del III par); la hemianopsia en 13 casos, nistagmo en 5, disturbios mentales de diferentes grados en 19. De Haene insiste más recientemente en la sintomalogía cerebelosa de estos neoplasmas (1935): en 5 casos, los signos cerebelosos y los signos asociados inclinaron hacia un tumor de la fosa posterior. Sólo la autopsia pudo reformar el diagnóstico. Sin embargo, en un caso de Weisemburg y en 2 de Van Bogaert de tumores

hipotalámicos propagados al tálamo, los dolores talámicos y la **hiperpatía** estaban en el primer plan del cuadro clínico.

En definitiva: ausencia de los signos de localización, presencia de un síndrome hipertensivo marcado y sintomatología por compresión de las regiones vecinas.

Tumores del Tercer Ventrículo.

Damos a este título su acepción más larga que engloba todos los tumores que a un momento dado de su evolución interesan el tercer ventrículo o las regiones que lo limitan.

La sintomatología de localización se debe a los trabajos de Weisemburg (1910, 30 casos), a la descripción del síndrome infundibulo-tuberiano por Claude y Lhermitte y a los trabajos posteriores de Chausselblanche, Agostini, Erdheim, Greving, Bassoe, Horrax, Bailey, Fulton, Cushing, Dandy, de Martel, etc.

En estos tumores los signos de localización abundan y tienen gran valor: signos quiasmáticos, signos de la serie hipotálamo-hipofisiaria, signos psíquicos, signos distróficos, signos de la serie pineal. Tan abundantes son que a veces, se agrupan caprichosamente por razones mal explicadas.

Con Meignant (1934) se puede dividir estos tumores del tercer ventrículo en tres grupos:

1.o Tumores ínfero-anteriores.— Comprenden los tumores del suelo del tercer ventrículo, los tumores supra-sillares que comprimen o invaden el piso ventricular de abajo arriba y los tumores desarrollados en la parte anterior del ventrículo mediano.

Comprende, pues, en definitiva, todo el vasto grupo de tumores supra-sillares (quiasmáticos de Cushing) y los tumores propiamente hipotalámicos. Son los que del punto de vista neuro-quirúrgico presentan mayor interés. Varios tipos a considerar:

a) **Los craneo-faringianos** se caracterizan por los disturbios distróficos (del crecimiento) y genitales, sea completos (síndrome adiposogenital, enanismo) sea disociados o paradógicos (Puech); algunos signos de la serie infundíbulo-tuberiana; narcolepsia, poliuria, disturbios térmicos. Pero sobre todo marca la localización los de la serie ocular; síndrome quiasmático, a veces, asimétrico, manifestándose primero para los colores. A estos se deben juntar los adenomas hipofisiarios suprasillares.

b) **Los meningiomas supra-sillares**, sobre todo los meningiomas del tuberculum sellae estudiados por Cushing, de Martel, Cl. Vincent, comprimen el quiasma de adelante

atrás y producen un síndrome ocular característico: **baja** precoz y progresiva de la agudeza visual, hemianopsia bitemporal neta, atrofia óptica. Luego aparecen los signos vegetativos de la serie hipotalámica, que inmediatamente orientan hacia la localización precisa.

Los gliomas primitivos del quiasma son muy parecidos en su sintomatología a los anteriores.

II.—Tumores intra-ventriculares.

Tumores propiamente del tercer ventrículo, nacen de sus paredes, ocupan distendiéndolas su cavidad y comprimen secundariamente el piso ventricular de arriba abajo. Se caracterizan por su evolución por brotes hipertensivos sucesivos, en el curso de los cuales aparecen uno o varios de los signos vegetativos de la serie hipotalámica: hipersomnia, poliuria, hiper o hipotermia, disturbios de la fórmula hemoleucocitaria, etc.

III.—Tumores póstero-superiores.

Son los tumores de la región pineal o epifisaria que posteriormente invaden el tercer ventrículo o el pedúnculo. Su sintomatología puede marcarse por la presencia del síndrome de Pellizi, que falta a menudo puesto que se sabe exactamente que este signo resulta de una alteración del hipotálamo. Mayor valor tienen aparte del bloqueo del acueducto de Silvio, los siguientes signos: parálisis de los movimientos de elevación y descenso de los ojos (síndrome de Parinaud), con abolición o no de la convergencia, parálisis frecuente del tercer par; abolición del reflejo fotomotor con conservación del reflejo a la acomodación. A los que habría que aumentar los signos de invasión (visuales, auditivos, piramidales, cerebelosos).

BIBLIOGRAFIA

ABISON, DAVID.—Symptomatologie der schlafenlappentumoren. **Inaugural Disertation, Charlottenburg, 1935.**

ADUEN, ALEXANDRA.—Cortical sphere of taste. **Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat, CLII-25, 1935.**

ALFANDARY, J., et ESKENAZI, M.—Contribution a l'etude des tumeurs du lobe frontal. **Revue Médicale II-25, 1935.**

ALLEN, I. M.—A clinical study of tumors involving the occipital lobe. **Brain LIII-194, 1930.**

" and LOWELL, H. W.—Tumors of the third ventricie. **Arch. Neurol & Psychiat., XXVII-990, 1932.**

ARDERER, J. P.—A propos de quelques nouveaux cas d'hémiplégie dans les tumeurs cérébrales. **These de París, 1934.**

ALPERS, B. J.—Mental syndroms of the corpus callosum tumors. **J. Nerv. & Ment. Dis., LXXXIV-621, 1936.**

" and GROFF, R. A.—Parasellar tumors; Meningeal fibroblastomas arising from the sphenid ridge. **Arch. Neurol & Psychiat., XXXI-713, 1934.**

ALAJOUANINE, T.; PETIT-DUTAILLIS, D.; BERTRAND, I., et DUCAS, P.—Tumeur volumineuse de la region paracentrale; ablation chirurgical. **Rev. Neurol., II-708, 1929.**

" et SCHMITE, P.—Etude comparative de quatre cas de tumeurs de la region rolandique. **Bull, et mém. Soc. Méd. d'Hóp. de París. LIV-1672, 1930.**

" ;GUILLAUME, J.; THUREL, R., et DE MARTEL, T.—Etude d'un cas de diabéte post-opératoire aprés intervention sur la région infundibulo-hypophysaire. **Rev. Neurol., I-68, 1934.**

" Méningiome suprasellaire, ablation compléte. Guérison. Considerations physiologiques a propos de la résection du lobe frontal droit nécessité par l'intervention. **Rev. Neurol., I-71, 1934.**

ARMITAGE, G., and MEAGHER, R.—Gliome of the corpus callosum. **Ztchr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., CXLVI-464, 1933.**

AYALA, G.—Le syndrome tumoral prépyramidal. **Congrés Neurologique International. Londres 29 Jul. et 2 Agt. 1935.**

BARRE, J. A.—Etat de la statique et des reactions vestibulaires dans deux cas de tumeur de la région pariétale gauche. **Rev. Neurol., II-823, 1934.**

BARRE, J. A.; METZGER, Q., et BASSON, J.—Sur le diagnostic entre ramollissement et tumeur cérébrale. **París Médical, II-273:278, 1931.**

BAILEY, P., and CUSHING.—A clasification of the tumors of the glioma groupon a histogenetic basis, with a correlatad study of prognosis. **Philadelphia. J. R. Lippincott Company, 1936.**

BARUK.—Les Troubles Mentaux dans Tumeurs Cérébrales. **1 vol. Doin. Edit. París, 1926.**

BERBLINGER, W.—Zur kenntnis der Kirbelgeschwülste. **Ztschr. f. d. ges. Neurol. Psychiat., LVI-113, 1925.**
BIANCHI, L.—Mécanique du cerveau et fonction des lobes frontaux. **Libr. Louis Arnette, París 1921.**
frontaux. **Libr. Louis Arnette, París 19p1.**
BISTRECEANO, L., et ORTAVIAN, SONIA.—Glioblastome isomorphe du corps calleux simulant une méningite bacillaire. **Spitalul, Bucarest IV, 1935.**
BUCY, P. C.—Premotor cortex and motor activity. **J. Nerv & Ment. Dis., LXXIX-621, 1934.**
" Reflex-grasping in brain tumors not involving frontal lobes. **Brain, LIV-480, 1931.**
BJORNEBOE, M.—Primares melanosarkom des gehirns, massenhafte naevi pigmentest der haut, ausgedehnie fibromatose der hautnerven. **Frankfort Zeitschr. f. Pathol., XIIII-363, 1934.**
BRANDT.—Fünf falle mehffacher gliome in grosshirn. **Verhandt. de deut. Pathol., Geselsch., XXVII-39, 1934.**
CAIRSN, H.—Diagnosis of intracranial tumors and allied conditions. **Lancet, 227, nº 5805; p. 1224, 1934.**
CAMPANA, A.—Sulla sintomatologia psichica dei tumori cerebrali. **Rivista d. Pat. Nerv. e Ment., XLV-fasc 1-87:116, 1935.**
CLAUDE, H.—Les fonctions des lobes frontaux. **Congrés Neurologique International. Londres 29 de Juillet, 2 Août 1935.**
COURVILLE, C. H.—Auditory hallucinations in cerebral tumors. **J. Nerv. & Ment. Dis., LVII-265, 1928.**
CUSHING, H.—The field defect producted by temporal lobe lesion. **Brain, XLIV-341, 1921.**
" Papers relating to the pituitary body, hypothalamus, etc. **Balliére. Tindall and Cox, London W. C., Z.**
" Intracranial tumors. **Ed. Charles C. Thomas, 1932.**
CHALLIOL, V.—Diaschisi e tumori cerebrali. **Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia, XIII, fasc. IV-1934.**
CHAVANY, J. A.—Tumeur cérébrale avec épilepsie bravais-jacksonienne chez un syphilitique, **Presse m.dicale, XXXVI-727, 1935.**
DANDY, W. E.—Benignencapsulated tumors in the lateral ventricles of the brain. **1 vol.. 1935.**
" Physiological studies following extirpation of the right cerebral hemisphere in man. **Bull. Johns. Hopkins Hosp. LIII-31, 1933.**
DAMON, P. J.—Syndrome adiposo-génital d'origine infudibulo-hipophysaire. **Thése de Paris, 1932.**
DARQUIER, et SCHMITE.—Contribution a l'étude des

tumeurs de l'angle ponto cérébelleux. **Rev. Neurol., LXIV-257, 1935.**

DAVISON, C., and BIEBER, I.—The premotor area; its relations to spasticity and flaccidity in man. **Arch. Neurol & Psychiat., XXXII-963, 1934.**

DE HAENE, A.—Deux cas de tumeur de la couche optique a symptomatologie cérébelleuse. **Journ. Belge Neurol, et Psych., XXV-733, 1935.**

DE LEHOCZKY, T.—Epilepsie et tumeur cérébrale. **Congrés Neurologique International. Londres 29 Juillet 2 Août 1935.**

DE MARTEL, T.; GUILLAUME, J. et JENTZER, A.—Tumeurs temporo-occipitales, dont une tumeur du ventricule latéral. **Rev. Neurol., I-203, 1931.**

" et MONBRUN, A.—Volumineuse tumeur frontale droite. Absence de syndrome focal. Localisation établie par la ventriculographie. Opération. Guerison. **Rev. Neurol., I-726, 1933.**

" et VINCENT, C.—Les hallucinations visuelles dans les tumeurs temporales avec trois observations. **Rev. Neurol., I-203, 1930.**

DESNEUX, J.—Que faut'il penser des réactions de Wassermann dites positives des certains liquides céphalo-rachidiens en l'absence de syphilis. **Journ. Neurol. et Psych., XXXV-709, 1935.**

DEREUX, J.—Les encéphalites pseudo-tumorales. **Journ. Belge Neurol .et Psych. XXXV-729, 1935.**

DIMITRI, V.—La parálisis facial en los tumores del lóbulo frontal. **"Prensa Médica Argentina", 2 de Enero de 1935.**

ELSBERG, C. A., and GLOBUS, J. H.—Tumors of the brain with acute on set and rapidly progressive course. **Arch. Neurol. & Psychiat., XXI-1044, 1929.**

" and DOWMAN, C. E.—Epileptiform seizures of Jacksonian character. **J. A. M. A., IIC-1375, 1931.**

" and PENFIELD, W.—Structural basis of traumatic epilepsy and results of radical operations. **Brain, LIII-99, 1932.**

ECKERSTROEM, S.—Quelques cas intéresants de tumeurs cérébrales au point de vue du diagnostic différential. **Acta. Méd. Scandin., LXXXV-244, 1935.**

FEUCHTWANGER, E.—Die funktionen der stirnhirns. **1923, Springer.**

FRACASSI, T.; GARCIA, D. E., y DECOUD, A. C.—Sobre algunos casos de meningiomas del lóbulo frontal. **Rev. Argentina de Neurol. y Psiquiat., I-95, 1936.**

FRAGNITO.—Le funzioni dei lobe frontali. **Naples, 1928: et Riforma medica, 1928.**

FRAZIER, C. H.—Tumor involving the frontal lobe alone. A symptomatic survey of one hundred and fives cases. **Arch. Neurol. & Psychiat., XXXV-525, 1936.**

" and ALPERS, B. J.—Tumors of Rathke's cleft. **Arch. Neurol. & Psychiat. XXXII-629, 1934.**

" and GARDNER, W. J.—The mechanism and symptoms of increased intracranial pressure due encapsulated and infiltrating tumor of the cerebral hemispheres in the intracranial pressure in health and disease. Association for research in nervous and mental diseases. **Baltimore. Williams & Wilkins Company, VIII-386, 1929.**

" ; WATTS, J. W., and UHLE, C. A. W.—Course of visceral impulses. A research. **Nerv. & Ment. Dis. Proc., XV-239, 1936.**

FRIEDLAENDER, K.—Beitrag zur symptomatologie der tumoren des rachten schlafenlappens. **Inaug. Dissert. Köningsberg, 1933.**

FOERSTER, O., and PENFIED, W.—Structural basis of traumatic epilepsy and results of radical operation. **Brain, LII-99, 1930.**

FULTON, J. F.—Forced grasping and groping in relation to the syndrome of the Premotor area. **Arch. Neurol. & Psychiat., XXXI-221, 1934.**

" and KELLTR, A. D.—The sign of Babinski. **Springfield, Charles C. Thomas, Publisher, 1932.**

GARDNER, W. J.—Removal of the right cerebral hemisphere for infiltrating glioma; report of a case. **J. A. M. A., CI-823, 1933.**

GARCIN, et HUGUENIN.—Le syndrome métastatique aigu des tumeurs secondaires du cerveau. **Rev. Neurol., LXIII-55, 1935.**

GEHUCHTEN, V.—Tumeurs cérébrales a symptomatologie d'abcés du cerveau. **Ann. Méd. Psychol., III-694, 1935.**

GIBBS, F. A.—Relationship of site of tumor to side of greatest shocking of disc. **Arch. Neurol. & Psychiat., XXVII-828, 1932.**

" Frecuency with which tumors in various parts of the brain produce certain symptom S. A. **Arch. Neurol. & Psychiat., XXVIII-969, 1932.**

GOLDSTEIN, K.—Die funktionen und ihre bedeutung f. die diagnose der stirnhirnkrankheiten. **(Med. Klinix, 1923)** y Die lokalisation in der groshirnrinde in spezie-

lle physiologie der zentral nervensystems der Wilbertiere, Berlín 1927.
GRAFF, R. A.—The meningiome as a cause of epilepsy. Ann. Surg., CI-167, 1935.
GRANT, F. C.—Cerebellar symptoms produced by supratentorial tumors. Arch. Neurol. C. Psych., XX-202, 1928.
GRAHE, R.—Erfahrungen der orto-rhinologishchen hirntumorendiagnostik auf grung verifizierter falle. Zeitschr. F. H. N. O. Sondern abdruck aus 36, Ed. 2bis. II-5, 1934.
GUILLAIN, G.—Sur une forme anatomo-clinique spéciale de tumeur cérébrale atteignant le genou du corps calleux et les deux lobes frontaux. Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria. Nov-Dec., 1933.
" ; PETIT-DUTAILLIS, D.; BERTRAN, I., et LEREBOULLET, J.—Oligodendrogliome de la région rolandique. Rev. Neurol., I-999, 1932.
HALBERN, F., and HOFF, H.—Cerebral color blindness. Ztschr, r. d. ges. Neurol. u Psychiat., CXXII, 1929.
HARRIS, W., and CAIRNS, H. B. Diagnosis and treatment of pineal tumors. Lancet, I-3, 1932.
HARE, C. C.—The frecuency and significance of cerebellar symptoms in tumors of the frontal lobes. Bull. Neurol. Int. New York, I-532, 1931.
HARDING, H. E., and NAISH, A. S.—Mixed tumore of the brain. Lancet, CCXXVIII-77, 1935.
HOFF. H., und POETZL, O.—Zur diagnostischen bedeutung der polyopie bei tumoren der occipital hirnes. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., CLII-433, 1935.
HORRAX, G.—Visual hallucinations as a cerebral localizing phenomenon. Arch. Int. Med., VIII1317, 1928.
" Further observations on tumors of pineal body. Arch. Neurol & Psychiat., XXXV-215, 1936.
" and BAILEY, P.—Pineal pathology. Arch. Neurol. & Psychiat., XIX-934, 1928.
IRONSIDE, R., and GUTTMACHER, M.—Corpus callosum and its tumors. Brain, LII-442, 1929.
JABUREX, D. L.—Les directions de croissance de tumeurs cérébrales en particullier des tumeurs frontales. Congrés Neurologique International, Londres 29 Juillet, 2 Août 1935.
JACOBSEN, C. F.—Functions of frontal association area in primates. Arch. Neurol. & Psychiat. XXXIII-358, 1935.
JAMES, T. C. J., and MATHESON, N. M.—Metastatic

cerebral tumor with perforation of an acute gastric ulcer. **British Med. Jorn., nº 3854-902, 1934.**

JERMULOWICZ, W.—Zur frage tumorenlage im gehirn (Knötchen im calamus scritor ulli), **Nervenarzt, VII-559, 1934.**

KENNARD, M. A. and WATTS, J. W.—The effect of section of the corpus callosum on the motor performance of members. **J. Nerv. & Ment. Dis., LXXIX-159, 1934.**

" VIETS, H. R., and FULTON, J. F.—Syndroms of the premotor cortex in man; impairment of skilled movements, forced grasping; spasticity and vasomotor disturbance. **Brain, LVII-69, 1934.**

KENNEDY, F.—The symtomatology of frontal and temporosphenoidal tumors. **J. A. M. A., IIC-864, 1932.**

" Symptomatology of temporosphenoidal tumors. **Arch. Int. Med., VIII-317, 1911.**

KERNOHAN, J. W., and WOLTMAN, H. W.—Incisure of the crus due to contralateral brain tumor. **Arch. Neurol. & Psychiat., XXI-274, 1929.**

" Homolateral hemiplegia in brain tumor. **Arch. Neurol. & Psychiat., Feb., 1929.**

KESCHNER, M.; BENDER, M. and STRAUSS, I.—Mental symptoms in cases of tumor of the temporal lobe, **Arch. Neurol. & Psychiat., XXXV-572, 1936.**

KLEIN, R., und LEISCHNER, A.—Zur frage der differentialdiagnose zwischen tumor und lues cerebri. **Nervenarzt, VIII-531, 1935.**

KOLODNY, A.—The symptomatology of tumors of the temporal lobe. **Brain, LI-385, 1928.**

" The symptomatology of tumors of the frontal lobe. **Arch. Neurol. & Psychiat., XXI-1107, 1923.**

KUBITSCHEK, P. E.—The symtomatology of the tumor of the frontal lobe. **Arch. Neurol. & Psychiat., XX-559, 1928.**

LARKIN, E. H.—Left parieto-occipital tumor. **Proceed R. Soc. Med., XXVIII-521, 1935.**

LAAS, E.—Ueber die seg endothéliomen der hirnhauts. **Beitrag zur Anat. Pathol. VC-431, 1935.**

LANGWERTHY.—The area frontalis of the cerebral cortex of the cat; its minute structure and physiological evidence of its control of the postural reflex. **Bull. of the Johns Hopkins hospit., XLII, 1928. Gesamie, XIXL-614.**

LARUELLE, L.—La radio chirurgie des tumeurs cérébrales. **Le Cancer, II, 1927.**

LE GRAND, ANDRE.—Glycosuries nerveuses expérimentales (glycosurie tubérienne). Thése, Paris 1925.
LEY, A. y WALKER, A. E.—Estudio estadístico de una serie de 230 casos consecutivos de tumor intracraneal. Revista de cir. de Barcelona, LVIII-197, 1035.
LAWSON, L. J.—Spongioblastoma of left temporal with impairment of hearing. Arch. Otolaryng., XV-583, 1932.
LEARMONTH, J. R., and VORIS, H. C.—Tumors of the frontal lobe. Arch. Surg., XVII-508, 1933.
LEVI-VALENSI, J.—Le corps calleux (étude anatomique, physiologique et clinique). Thése de Paris, 1910.
LIST, C.—Epileptiform attacks in cases of glioma of the cerebral hemispheres. Arch. Neurol. & Psychiat., XXXV-323, 1936.
LYSUNKIN, I. I.—Contribute alle studio clinico e anatomo-patologico dei tumori cerebrali, con particolare riguardo alle anomalie delle ghiandola pineale. Rivista di Neurologia, VIII-fasc. 1-56, 1935.
LHERMITTE, J.—Le lobe frontal. Donées expérimentales anatomocliniques et psychopatologiques. L'Encéphale, I, 1929.
" L'hallucinose pédonculaire. L'Encéphale, XXVII, 1932.
" et TRELLES, J. O.—Sur l'apraxie pure constructive. Les troubles de la pensée spatiale ete de la somatognosie dans l'apraxie. L'Encéphale, XXXVIII, 1933.
" et CLAUDE, O.—Troubles de la sensibilité á disposition cheiro orale dans une lesión corticale en foyer. Rev. Neurol., LXIII-427, 1935.
" ; HEUYER, G.; DE MARTEL, et Mlle. VOGT, C.—Un cas de macrogénitosomie précoce liée a un épendymogliome de la région mamillo-tubérale. Rev. Neurol. II-fasc., 2-1931.
MEIGNANT, P.—Tumeurs du troisiéme ventricule. Congrés de Médecins et neurologistes de France et de Pays de langue francaise. Lyon, 1934.
MICHELSEN, J.—Ein neus syndrom zur diagnostik von balkentumoren. Deur, Zeitschr. f. Nervenheilk, CXXXVII-152, 1935.
MULLER, H. B.—Klinische beitrag zur lokalisationsiehre der hirntumoren. Verhardi. d. dent. pathol. Gesellsch. f. im. Méd. XLVI-220, 1934.
MASTEN, M. C., and BUNTS, R. C.—Neurogenic erosions and perforations of stomach and esophagus in cerebral lesions. Arch. Int. Med., LIV-916, 1934.

MASSION VERNIORY.—Les tumeurs du lobe temporal. Jour. Belge Neur. Psych., pp. 530-596, 1936.

MAYERS, LEON I.—Mental disturbances in tumor of the brain. California & West. Med., April 1929.

ODY, FRANCOIS.—Tumors of basal ganglia. Arch. Neurol. & Psychiat., XXVII-249, 1932.

OPALSKI, A.—Un cas de tumeur de la zona cérébrale motrice avec hémiplégie homolaterale sans simptomes croisés. Rev. Neurol. I-369, 1931.

OGGIONI, G.—Considerazioni interno a due casi di tumore cerebrale a sintomatologia psichica. Ospedale. psicriat., fasc. 2, 1935.

OTTONELLO, P.—La syndrome acinetico-ipertonica nei tumori dei lobo frontale. Rivista de Pat. Nerv. e Ment., XLV-1, 53-1935.

PANCOAST, H. K.—Experience in the treatment of brain tumors by irradiation during the past thirteen years. Am. J. Roentgenol, XIX-1, 1928.

PAULIAN, D.—Tumeurs de l'encéphale. 1 vol. Masson édit. Paris, 1935.

PISANI, DOMINICI.—Tumori del lobo frontale. Roma, 1926.

PUUSEPP, L.—Ueberhirnmeningiome in einzeldarstellungen. Folia Neuropathol. Estoniana, XIV-1, 1934.

" Tumoren der schlafenlappen. Folia Neuropathol Estoniana, III-112 Tartut (Dorpat), 1927.

" Tumoren der gehirns; ihre symptomatologie. Diagnostik und operative behendlung. Dorpat, J. Maloo, 1928-1929.

PURVES-STEWRT.—Intracranial tumors. Oxford Med. Publications, 1927.

PARKER, H. L.—Epileptiform convulsions. The incidence of attacks in cases of intracranial tumors. Arch. Neurol & Psychiat., XXIII-1032, 1930.

PENFIELD, W., and GAGE, L.—Cerebral localisations of epileptic manifestations. Arch. Neurol. & Psychiat., XXX-709, 1935.

PRITCHARD, E. A. B.—Cerebral tumor as a cause of generalized epileptic attacks of long standing. Lancet, II-842, 1931.

PUECH, P.; BISSERY, et BRUN.—Contribution á l'etude des craniopharyngiomes; perturbations morphologiques genitales, psychique (syndrome dissociés). Rev. Neurol., I-385, 1934.

PEINGNEZ, J. R. E.—Réactions méningées du cours des tumeurs du cerveau. Thése de Lille, 1934-1935.

POMME, R., et DECHAUME, J.—Réflexions sur quatre observations de tumeurs cérébrales avec troubles mentaux précoces. **Ann. Méd.-psychol., IV-581, 1934.**

RADERMECKER.—A propos du raport entre traumatisme cérébral et gliome. **Journ. Belge Neurol, et Psych., XXXV-699, 709, 1935.**

RECKEK, R.—Beitrag zur klinish und pathologie der hirnstumoren. **Deut. Zeitschr. f. Chir., CCVL-245, 1935.**

ROBERT, M., and FEINER.—The cause of epileptic seizures in tumors of the temporal lobe. **J. A. M. A., LXXVI-500, 1921.**

ROUSSY, G., et MOSINGER, M.—Le tuber cinereum et son róle dans les principales fonctions du métabolisme. **Ann. de Med., LXXXIII-193, 1933.**

ROUQUIER, A.; LHERMITTE, J., and TRELLES, J. O.—Hémiplégie de type du hystérique ou pithiatique, manifestation initiale d'un gliome du corps calleux. Etude clinique. **Rev. Neurol., I-448, 1932.**

ROCHON-DUVIGNEAUD; SCHEFFER; DE MARTEL, et GUILLAUME.—Gliome frontal kystique droit sans aucun signe de localisation focale. Intervention opératire, guerison. **Rev. Neurol., I-448, 1933.**

ROWE, St.—Verified tumour of the temporal lobe. **Arch. Neurol. & Psychiat. XXX-824, 1934.**

SACHS, E.—Ocurrence of different types of mental changes in brain tumor.—**South. M. J., XXVII-133, 1935.**

" RUBISTEIN, J. E., and ARNESON, NORMAN A. —Results of roentgen treatment of a serie of one hundred and nineteen gliomes. **Arch. Neurol. & Psychiat. XXXV-597, 1936.**

" Lesions of the frontal lobe. **Arch. Neurol. & Psychiat., XXIV-735, 1930.**

SCHMIDT, R.—Oliguria in brain tumor. **Klin. Wchnoschr., mXII-105, 1933.**

SCHEINKER, I.—Une variété rare de tumeur du lobe frontal. **Congrés Neurologique International. Londres 29 Juillet 2 Aoút, 1935.**

SCHLESINGER, R.—Syndrome of the fibrillary astrocystomas of the temporal lobe. **Arch. Ner. Psych., XXIX-943, 2933.**

SCHERER, H. J.—Les problémes des gliomes multiples. **Journ. Belge Neurol et Psych. XII-685, 699.**

SCHWAB.—Zur diagnose der schlafenlappentumoren. **Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheik., LXXXIV-48, 1925.**

STRAUDER, K. H.—Epilepsia and vestibular apparat. **Arch. f. Psych. CI-739, 1934.**

STONE, L.—Paradoxical in right temporal lobe tumor. **J. Nerv. & Ment. Dis., LXXIX-1, 1934.**

STRAUSS, I., and KESCHNER, M.—Mental symptoms in cases tumors of the frontal lobe. **Arch. Neurol. & Psychiat., XXXIII-986, 1935.**

SPIEGEL.—The cortical centers of the labyrinth. **Journ. Nerv. & Ment. Dis., LXXV-504, 1932.**

THOMAS, A.—Tumeur de l'extrémité antérieure du lobe temporal gauche. **Rev. Neurol., II-207, 1928.**

URECHIA, C. I., and RETEZEANU.—Tumeur de la région temporo-occipitale avec crisis de "dreamy state". **París Méd., II-229, 1933.**

VASTINE, J. H.—Displacement of pineal shadow in diagnosis of brain tumor. **Arch. Neurol. & Psychiat., XXX-1059, 1933.**

VICKERS, W. and TIDSWELL, F.—Astrocytome of hypotalamus and pubertas praecox. **M. J. Australia, July 23, 1932.**

VORIS, H. C.—Tumors of the frontal lobe of the brain. Anatomic, pathologic and clinical analysis. **Proc. Staff Meet., Mayo Clin. IX-296, 1934.**

" and ADSON, A. W.—Tumors of the corpus callosum. **Arch. Neurol. & Psychiat. XXXIV-965, 1935.**

" and MOERSCH, F. P.—Tumors of the frontal lobe; Clinical observations in a series verified microscopically. **Jour. Amer. Med. Association, CIV-93, 1935.**

" and KERNOHAN, J. W.—Tumors of the frontal lobe; an anatomic and pathologic study. **Arch. Neurol. & Psychiat., XXXIV-605, 1935.**

VAN BOGAERT, L.—Attaques de microtéléopsie, attaques uncinées par gliome temporale. **J. de Neurol. et Psychiat. XXVIII-561, 1928.**

" et MARTIN, P.—Syndrome tumoral avec hyperthermie et troubles viscereaux par méningo-encéphalite tuberculeuse chronique. **Journ. Belge Neurol. et Psych., XXXV-767, 1935.**

" Méningiomatose diffuse cérebro-espinale. **Journ. Belge Neurol. et Psych., XXV-758, 1935.**

VAN GEHUCHTEN, P.—Tumeur cérébrale á symptomatologie d'abcés du cerveau. Les réactions inflamatoires dans les tumeurs cérébrales. **Journ. Belge Neurol. et Psych., XXXV-746, 1935.**

VAN WAGENEN, W. P.—A surgical approach for the removal of certain Pineal Tumors. **Surg. Gynec. & Obst., LIII-216, 1931.**

VINCENT, C.—Diagnostic des tumeurs compromettant le lobe frontal. **Rev. Neurol. I-826, 1928.**

" Les fonctions du lobe frontal vues par un neuro-chirurgien. **Congrés Neurologique International. Londres 29 Juillet 2 Août, 1935.**

" et DARQUIER, J.—Tumeur du lobe frontal gauche. Des erreurs de localization que peuvent entrainer certaines attitudes anormales de la tete. **Rev. Neurol., I-758, 1931.**

" et DAVID, M.—Tumeur intraventriculaire droite comprimant les tubercules quadrijumeaux postérieus. Ablation d'une grande partie. Guérison. **Rev. Neurol., I-664, 1930.**

VINCENT, C.; DAVID, M., and PUECH, P. P.—Sur l'alexie. Production du phénoméne a la suite de l'extirpation de la corne occipitale du ventricule latéral gauche. **Rev. Neurol., I-262, 1930.**

WATTS, J. W.—The influence of the cerebral cortex on gastro-intestinal movements. **J. A. M. A., CIV-355, 1935.**

" and UHLE, C. A. W.—Cystometric determinations intravescical, pressure in patients with tumor of the brain; a preliminar report. **Arch. Neurol. & Psychiat., XXXIV-224, 1935.**

WOLF, A., et BROCK, S.—The pathology of cerebral angiomas. **Bulletin of the Neurological Institute of New York., IV-144, 176, 1935.**

WALSHE, F. M. R., and ROBERTSON, GRAEME, E.—Grasp reflex and tonic inervation. **Brain, LVI-40, 1933.**

WINKELMAN, N. W., and SILVERSTEIN, A.—Unilateral amyotrophy. **Am. J. Syph., XIX-58, 1935.**

ZOLLINGER, R.—Removal of left cerebral hemisphere. **Arch. Neurol. & Psychiat. XXXIV-1055, 1935.**

" and SCHNITKER, M. T.—Skin temperature reactions removal of the cerebral hemisphere. **Science, LXXIX-540, 1934.**

Prof. Hugo Lea-Plaza

Catedrático de Neurologia de la
Universidad de Chile

Valor de los signos de localización en el diagnóstico topográfico de los tumores cerebrales.

Habiéndose referido el Prof. Trelles en forma tan explícita como brillante al valor de los signos individualmente, me propongo examinar el valor de los síndromes en el diagnóstico de localización de los tumores cerebrales.

Con tal objeto es indispensable considerar separadamente a cada uno de estos síndromes. Recordemos en primer término el frontal, es decir, el que ha sido observado comúnmente en las lesiones tumorales del lóbulo frontal o más propiamente de la región prefrontal, para hacer abstracción de la circunvolución frontal ascendente. Nuestra experiencia nos ha mostrado una sintomatología más o menos caracterizada para esta región. Citemos, desde luego, las alteraciones mentales que aparecen aquí en el 80% de los casos, proporción sólo superada en los casos de afección tumoral u otra del cuerpo calloso en donde constituyen la base del cuadro clínico en el 100% de los casos.

Por una parte, la ablación de la región prefrontal practicada en animales por ya tan numerosos experimentadores ha producido perturbaciones en el poder perceptivo, traducidas por desconocimiento de los objetos que les han sido familiares; perturbaciones de la memoria, manifestadas por dificultad o imposibilidad de utilizar la experiencia pasada; ausencia de iniciativa; perturbaciones emotivas y sentimentales, puestas en evidencia por alteraciones de la conducta de los animales.

Por otra parte, las lesiones frontales profundas, espe-

cialmente tumorales, han provocado en el hombre perturbaciones en la orientación espacial; perturbaciones en los actos (apraxia frontal de Goldstein), graves perturbaciones de la iniciativa; de la atención voluntaria; torpor y obnubilación intelectual intensos; euforia. puerilidad, erotismo, tendencia al chiste, constituyendo estos cuatro factores el Witzelsucht o moria que en algunos enfermos domina en realidad el cuadro clínico mental. Todos estos fenómenos se observan más intensamente en las lesiones del lóbulo frontal izquierdo. Insistimos en la fijeza de la sintomatología cuando ella obedece a una lesión frontal propiamente dicha; la hemos visto aparecer sólo como consecuencia de la hipertensión; pero en estos casos en forma fugaz y aún, desapareciendo mediante un tratamiento sostenido de inyecciones salinas hipertónicas. Bien claramente pudimos observar esta circunstancia en un caso de nuestra observación.

Consideremos en seguida, dentro del cuadro clínico frontal, lo que se ha convenido en llamar "ataxia frontal", es decir, aquella perturbación del equilibrio y de la coordinación, especialmente cinética que aparece en un 40%, a lo menos, de lesiones frontales. Han podido observarse fenómenos como el nistagmus espontáneo, habitualmente horizontal y hacia el lado del lóbulo lesionado, desviación conjugada de los ojos, inclinación del cuerpo y la cabeza hacia este mismo lado, caída hacia el lado inverso, marcha titubeante y de naturaleza ebriosa, cuya modalidad es bien difícil de diferenciar de la observada en casos de lesiones cerebelosas o laberínticas; desviación espontánea de la marcha con positividad de la prueba de Babinski-Weil (estrella de Babinski) hacia el lado comprometido; dismetría de los movimientos, desviación espontánea de ellos, temblor y adiadococinesia, fenómenos que han podido ser provocados experimentalmente por refrigeración frontal a través de brechas craneanas. En realidad, la observación detenida de esta ataxia evidencia elementos de la serie cerebelosa, tales como la dismetría, la adiadocinesia, el temblor, la desviación espontánea de los miembros; elementos de la serie laberíntica como la desviación de tronco; elementos de la serie gnósica como las falsas impresiones de desplazamiento con sensación, a veces intensa, de vértigo; todo lo cual pone en evidencia las relaciones funcionales del lóbulo frontal con centros diversos tonorreguladores y tonígenos, relaciones representadas anatómicamente por las diversas vías cerebelo-rubro-tálamo-subtálamo frontales que relacionan en último término el lóbulo pre-

frontal con el hemicerebelo opuesto, a través de centros diversos.

Mencionaremos en seguida la anosmia, cuya frecuencia es considerable en los casos de tumores frontales, mostrándose como perturbación uni o bilateral. Si recordamos las observaciones de autores como Pousepp, Cushing y tantos otros podremos convencernos de la frecuencia de este signo, dentro del síndrome que analizamos. Pueden aparecer también alteraciones del lenguaje de orden afásico, ataques epileptiformes generalizados o jacksonianos, compresiones ópticas con ceguera unilateral; el examen radiográfico puede mostrar el aplanamiento de la silla turca. He aquí un síndrome frontal, dentro del cual, de acuerdo con la intensidad relativa de los síntomas y signos, podría distinguirse un síndrome pedículo frontal (pie de la 1.a y 2.a circunvoluciones frontales) que comprende especialmente las manifestaciones cerebelosas; un síndrome medio frontal (parte media de las tres circunvoluciones) en el cual predominan la inclinación del tronco y del cuello y la desviación de la marcha y un síndrome telefrontal (parte anterior) en el cual domina la desorientación espacial.

El estudio de cada uno de los fenómenos nos muestra, sin embargo, la imposibilidad de individualizar, desde el punto de vista patológico, al lóbulo frontal mediante esta sintomatología, a veces bien abundante.

En efecto, el síndrome mental ya mencionado puede observarse en las lesiones y tumores de otras regiones, así lo observó ya, entre otros, el Profesor Borda. Así lo comprobamos nosotros en el año 1924 en un caso comunicado a la Facultad de Medicina, en el cual la necropsia demostró una neoformación del lóbulo temporal derecho, que ocupaba los dos tercios anteriores de este lóbulo. No es raro también la aparición de este síndrome mental en las lesiones del cuerpo calloso que, por lo demás, son a menudo concomitantes a las del lóbulo frontal.

No puede, pues, atribuirse un absoluto valor localizador a este cuadro mental; no podemos hablar de lo que se había dado en llamar el psicodiagnóstico de las lesiones del lóbulo frontal.

La ataxia frontal, ya mencionada, puede presentar caracteres que hagan imposible su individualización o su diferenciación con la que se presenta en los casos de lesiones francamente cerebelosas o cerebelolaberínticas. A este respecto, debemos considerar, como lo ha manifestado el Prof. Austregésilo, el lóbulo frontal como un centro su-

perior de regulación del tonus muscular, de la orientación y del equilibrio. Acaso no es necesario insistir en la escasa importancia localizadora que habría que atribuir al resto de la sintomatología, manifiestamente adyacente y fácilmente observable en tumores de otras regiones. Nuestro diagnóstico localizador de una lesión tumoral frontal tendrá que valorizar los síntomas y signos mencionados, basándose en la modalidad de su presentación y en la constancia de sus caracteres.

Nuestra situación es indudablemente más favorable en los tumores de las circunvoluciones centrales, es decir, la frontal y la parietal ascendentes. La existencia: allí, de los centros motores y de los centros sensitivos determina una serie de fenómenos más o menos caracterizados; tales son: en primer lugar, los ataques epileptiformes, en forma de epilepsia parcial o Jacksoniana. Cuando estos ataques son siempre semejantes en la manera de iniciarse y establecerse, cuando dejan tras de sí paresias, parálisis o parestesias análogas, no puede desconocerse el valor que adquieren como síntomas localizadores y sin desconocer que desde otras regiones, una lesión tumoral puede provocar estados convulsivos semejantes, el clínico puede basar en ellos un diagnóstico topográfico de gran probabilidad. Los trastornos sensitivos, precedidos o no de parestesias, dispuestos, en ocasiones, en forma semejante a la radicular, afectando la sensibilidad táctil y la sensibilidad profunda en forma más intensa que la sensibilidad térmica y dolorosa, tienen un valor semejante a las manifestaciones convulsivas antes mencionadas. Los tumores de esta región tienen un carácter importante, cual es la precocidad de la sintomatología local.

Los tumores del lóbulo parietal y, especialmente el izquierdo, presentan a menudo una sintomatología tan nutrida como interesante. Las lesiones profundas de este lóbulo afectan la sensibilidad y es el déficit de la sensibilidad profunda el que puede comprobarse especialmente; esta anestesia es marcadísima; la abolición de la sensibilidad articular, ósea y muscular produce la ataxia periférica; asimismo la astereognosia es total. A menudo, se producen alucinaciones tactiles, fenómeno que da un aspecto bien especial a las perturbaciones sensitivo parietales. Por otra parte, la disposición de las irradiaciones ópticas de Gratiolet hace que los tumores parietales, especialmente los del gyrus supra-marginalis o sus vecindades comprometen estas fibras, produciendo fenómenos hemianópticos, generalmente parciales, en forma de cuadrantes hemianóp-

ticos. A este respecto, insistimos en la minuciosidad que es necesario aplicar en el examen perimétrico del campo visual. No es raro en estos casos la aparición de alucinaciones ópticas.

La atrofia muscular de origen parietal es un fenómeno bien establecido y observado. Cuando se trata del lóbulo parietal izquierdo, aparece seguramente la afasia mixta, afasia amnésica con agrafia y fenómenos apráxicos. No es raro que en estos casos se presenten perturbaciones de orden mental, especialmente con aspecto depresivo melancólico. El ataque epileptiforme localizado es una manifestación bastante común en los tumores parietales.

Al contrario de lo que ocurre en los tumores parietales con respecto a esta sintomatología localizadora, en los tumores temporales la falta de ellos ha hecho decir a Chatelin que "la semiología de los tumores del lóbulo temporal y, especialmente del derecho, nos es desconocida, todos los síntomas observados son fenómenos de acción a distancia: compresión de la vía piramidal, de la vía sensitiva, de la vía óptica, de los pares craneanos; pero esto ocurre cuando el tumor ha alcanzado grandes dimensiones...

Sin embargo, decimos nosotros, no han faltado en muchos casos los síntomas auditivos, en forma de alucinaciones auditivas, desorientación respecto del origen de los sonidos, hipoacusia uni o bilateral; existe en ocasiones la misma anosmia de las lesiones frontales, por compresión del hipocampo, anosmia a la cual suelen agregarse alucinaciones olfatorias.

Existe en otros, alteraciones del equilibrio con desviación durante la marcha. Ha sido observado el fenómeno designado, desde Jackson, con el nombre de "dreaming state", estado de sueño que, en muchas ocasiones, precede a una crisis convulsiva. Se trata de una modificación pasajera de la conciencia con extrema vivacidad de las impresiones sensoriales. No son raros también los estados confusionales y de desorientación, muy semejantes a los de la moria; los fenómenos mentales en general se presentan en el 55% de los casos de tumores temporales. Son especialmente importantes de mencionar las perturbaciones visuales que provocan los tumores temporales. La distribución de las fibras de Gratiolet que forma en esta región el área triangular de Wernicke hace que una lesión temporal más o menos profunda interrumpa la continuidad de dichas fibras y provoque la aparición de cuadrantes hemianópsicos con alucinaciones visuales que se proyectan sobre las regiones ciegas del campo visual y que

tienen como carácter propio su complejidad. También, por compresión de la bandeleta correspondiente, una lesión temporal puede provocar hemianopsia y en tal caso ella estaría caracterizada por sus cualidades de hemianopsia periférica.

Cuando se trata de un tumor temporal izquierdo, seguramente se constituirá la perturbación del lenguaje en forma de alexia, ceguera verbal, si es el pliegue curvo o sus vecindades el más comprometido o en forma de sordera verbal si la lesión compromete más especialmente los dos tercios anteriores de las circunvoluciones del lóbulo.

En el lóbulo occipital el fenómeno central, como signo de localización, es la hemianopsia bilateral homónima. casi siempre completa, rara vez en cuadrante; a ella se agregan alucinaciones elementales y escotomas centelleantes. Existe un síntoma importante de lóbulo posterior; la desorientación espacial que a veces es verdaderamente notable y profunda. Mencionamos también fenómenos tan importantes como la afasia óptica, si se trata de una lesión izquierda; la agnosia visual y la ceguera psíquica. No es, pues, imposible, hacer el diagnóstico diferencial entre hemianopsia de lóbulo temporal, de lóbulo parietal y de lóbulo occipital.

A todas estas manifestaciones suelen agregarse las lesiones occipitales, la ataxia de orden cerebeloso.

Los tumores del cuerpo calloso se manifiestan, en la totalidad de los casos por fenómenos demenciales, agrupados bajo el nombre de síndrome de Raymond; hay realmente un decaimiento intelectual que recuerda el de la parálisis general y en el cual parece dominar la apatía, la indiferencia emocional acentuada, que hace a los enfermos incapaces de todo esfuerzo continuado y los mantiene en una inmovilidad persistente; a esto se agrega la apraxia motora e ideo-motora. En algunos casos la sintomatología mental toma el aspecto clínico de la que hemos mencionado para el lóbulo frontal, tanto más cuanto que a menudo hay compromiso simultáneo del cuerpo calloso y del lóbulo frontal. Algunos autores han señalado en las lesiones callosas, temblores y ataxia de caracteres cerebelosos.

Los tumores del cuerpo estriado se caracterizan por la sintomatología tan propia de esta región, fenómenos que pueden presentar modalidades palidales o de putamen; distonías, temblores, amimia, etc.

Las localizaciones talámicas provocan una sintomatología sindromática, agrupada hoy bajo el nombre de sín-

drome de Déjérine; anestesia con alteraciones principalmente de la sensibilidad profunda, movimientos coreoatetosiformes, hemiparesia discreta y, en ocasiones, la hemianopsia homónima.

En la región hipotálamohipofisiaria podemos distinguir los tumores intraselares y supraselares; los numerosos fenómenos de orden vegetativo que aparecen en estos casos, dirigen nuestro diagnóstico de inmediato, a esa región. Estimo demás insistir en las relaciones funcionales y anatómicas, tan claramente establecidas entre la hipófisis y el hipotálamo, de suerte que la lesión de la primera influye decisivamente en las funciones hipotalámicas. No aparece siempre la totalidad de las perturbaciones funcionales; pero, dos o tres bastarán para sospechar el sitio en que ocurre el proceso patológico e investigar otros signos que puedan confirmar el hecho. La distrofia adiposo genital, la diabetes insípida o azucarada, la acromegalia o estados acromegaloides, las perturbaciones del sueño, etc., son los fenómenos que más a menudo se muestran. Por otra parte, las alteraciones visuales, es decir, el síndrome quiasmático con hemianopsia bitemporal o en ocasiones la ceguera total unilateral, con atrofia de las fibras, demostrable al oftalmoscopio, son fenómenos característicos de estos casos.

El examen radiográfico contribuye aquí notablemente a nuestra tarea; la deformación de la silla turca, profundizada o aplanada, con desaparición de los apófisis clinoides anteriores o posteriores puede indicarnos la naturaleza selar o supraselar del proceso patológico; no podemos decir que los síntomas de esta región estén siempre indemnes de manifestaciones mentales; encontramos muy a menudo torpeza en la ideación, perturbaciones de la memoria, lentitud de los procesos psicológicos y, en algunos casos, manifiesta tendencia a la depresión.

Con el nombre de tumor de la fosa posterior comprendemos los tumores de los hemisferios y vermis cerebeloso, del cuarto ventrículo, pontocerebeloso, del bulbo, protuberancia y epífisis. La excesiva hipertensión intracraneana por compresión frecuente del acueducto de Sylvio, gran hidrocefalia en todos estos casos perturba y a veces imposibilita la aparición clínica de signos focales o de localización, influenciando también, a menudo y en forma intensa, por este mecanismo de hipertensión regiones a veces alejadas del sitio del tumor. No es raro comprobar manifestaciones netamente cerebrales en tumores del ángulo pontocerebeloso. Si a esto agregamos que la fuerte

hipertensión puede llegar a provocar fenómenos degenerativos de diversos elementos, podemos comprender la dificultad diagnóstica más considerable y desde el punto de vista topográfico. Indudablemente que la ataxia es el signo central, puede llegar a una intensidad tal que la marcha se haga imposible y aún imposible la estación de pie; pueden presentarse todos aquellos signos clásicamente descritos de la serie cerebelosa en forma uni o bilateral. Suele comprobarse la arreflexia como consecuencia del síndrome radículomedular concomitante y no es raro también que la reflectividad sea intensa como consecuencia del trastorno funcional del sistema piramidal. Los tumores vermianos afectan sobre todo el equilibrio; los lobulares se caracterizan especialmente por las manifestaciones segmentarias (adiadococinesia, dismetría, etc.)

En los pontocerebelosos podríamos distinguir dos grupos desde el punto de vista topográfico. Aquellos que se inician en el auditivo y aquellos que se inician fuera de él, comprimiéndolo posteriormente.

Bien conocida es la sintomatología en el primer caso: la perturbación auditiva inicia el cuadro y va pronunciándose gradualmente hasta llegar a la abolición auditiva y al estado vertiginoso vestibular intenso. El compromiso de otros nervios craneanos viene en seguida y las manifestaciones cerebelosas o cerebelopiramidales completan el cuadro clínico a veces de gran lentitud en su constitución completa.

En el segundo grupo la iniciación corresponde a perturbaciones de otros nervios craneanos (V-VII-IX, etc.) y posteriormente el VIII, conjuntamente con las manifestaciones cerebelosas o cerebelopiramidales.

Los tumores epifisiarios muestran su existencia, especialmente por manifestaciones cuadrigeminales, iniciadas por la parálisis de la mirada hacia arriba, ambliopía, rigidez pupilar, fenómenos de orden cerebeloso y aún piramidal; se agrega la observada macrogenitosomia. No es raro que la perturbación del sueño se muestre con intensidad. Tales son los principales signos clínicos que la observación y la experiencia han ido señalando en los distintos síndromes engendrados por los tumores cerebrales. Podríamos resumirlos en la forma siguiente:

A.—Para el lóbulo prefrontal.

1.—La moria y la desorientación espacial.

2.—La ataxia con caracteres cerebelosos y laberínticos.

3.—El temblor.
4.—La anosmia.
5.—Los ataques epileptiformes parciales o generalizados.
6.—El aplazamiento radiográfico de la silla turca.

B.—Para las circunvoluciones centrales.

1.—Los ataques epileptiformes, preferentemente parciales y localizados.
2.—Los trastornos de la sensibilidad general.
3.—La hemiplegia o hemiparesia.

C.—Para el lóbulo parietal.

1.—Los trastornos de la sensibilidad general con los caracteres mencionados antes.
2.—Las alucinaciones tactiles.
3.—La hemianopsia, a menudo en cuadrante.
4.—La afasia mixta.
5.—Los ataques epileptiformes, parciales o generalizados.
6.—Las hemiparesias.

D.—Para el lóbulo temporal.

1.—La hipoacusia con alucinaciones auditivas.
2.—La hemianopsia, en cuadrante.
3.—La anosmia.
4.—La sordera y ceguera verbales.
5.—El dreaming state o la moria.
6.—Las alteraciones del equilibrio.

E.—Para el lóbulo occipital.

1.—La hemianopsia homónima completa.
2.—Las alucinaciones visuales.
3.—La agnosia visual.
4.—La afasia óptica.

F.—Para el cuerpo calloso.

1.—El estado demencial con indiferencia emocional profunda y apatía.
2.—La apraxia.

G.—Para los tumores del tálamo.

1.—Los trastornos sensitivos y motores (síndrome de Déjérine).
2.—Los fenómenos distónicos en forma de movimientos coreo-atetósicos.
3.—Los ataques epileptiformes.
4.—Las hemianopsias.

H.—Para los tumores del cuerpo estriado.

1.—Las manifestaciones distónicas.
2.—La amimia.

I.—Para los tumores selares y supraselares.

1.—La hemianopsias heterónimas.

2.—Las manifestaciones hipotalámicas e hipofisiarias.

3.—La deformación radiográfica de la silla turca.

J.—Para los tumores de la fosa posterior.

1.—Las manifestaciones atáxicas de la serie cerebelosa.

2.—El nistagmus.

3.—La perturbación atáxica de la palabra.

4.—La parálisis de nervios craneanos.

5.—Los estados vertiginosos.

6.—Los ataques epileptiformes.

7.—La rigidez de la nuca.

K.—Para los tumores epifisiarios.

1.—La parálisis de elevación ocular.

2.—La rigidez pupilar.

3.—Los fenómenos de la serie cuadrigeminal.

4.—La macrogenisotomia.

De tal enumeración surge de inmediato la conclusión de que desde el punto de vista clínico puramente no hay síndromes patognomónicos de localización y que domina la difusión de síntomas y en general la inconstancia de los cuadros. Todos ellos tienen sólo valor relativo y su apreciación puede hacerse sólo en función del resto de los exámenes a que puede acudirse y a los caracteres con que se presentan ellos mismos. Los fenómenos concomitantes a los del propio tumor explican la movilidad y relatividad de estos síntomas y síndromes y hay que referirse especialmente al edema cerebeloso que es casi constante en el hemisferio afectado, a la hidrocefalia intensa que coexiste tan a menudo, a la compresión del hemisferio opuesto, a los trastornos circulatorios que adquiere a veces una gran intensidad, a la interrupción de la sinergia funcional, fenómenos todos estos que son capaces por ellos mismos de engendrar nuevos síntomas, sin relación directa con el tumor y que en muchas ocasiones lleva las dificultades del diagnóstico hasta impedir que él así el pronunciamiento sobre el hemisferio afectado.

CONCLUSIONES

(En colaboración con el Prof. Trelles)

1.—No existen signos ni síndromes que tengan valor patognomónico de localización en los procesos tumorales.

2.—Existen signos que, agrupados en síndromes, ad-

quieren valor apreciable para situar la lesión neoplásica.

3.—Estimamos que este valor es tanto mayor mientras más precozmente hayan aparecido tales signos y menos variabilidad ha tenido durante su desarrollo.

4.—El diagnóstico exacto de localización requiere la cooperación de la clínica y de los métodos de exploración radiográfica y neuro-gráficos en primer término.

Prof. A. Austregésilo

Profesor de Psiquiatría en la Universidad de Río de Janeiro

Afasia y lóbulo parietal izquierdo

Tal vez no haya en Neurología cuestión tan controvertida y debatida como la afasia. En la actualidad, según el concepto unánime de los neurólogos del mundo entero, todos los problemas acerca de las afasias permanecen abiertos porque ningún principio o ley está definitivamente juzgado o aceptado.

Desde las clasificaciones hasta las localizaciones anatómicas,desde el concepto fisiológico o clínico, todo merece revisión por las discordancias de las escuelas clásicas y de los diferentes autores.

El presente trabajo establece una doctrina un poco revolucionaria, a pesar de que sus bases se encuentren en los hechos adquiridos y en la opinión de los autores.

El objeto de esta memoria consiste en demostrar que la **afasia es un síndrome exclusivo del lóbulo parietal izquierdo** (en los diestros), especialmente de la segunda y tercera circunvoluciones parietales, y que las llamadas zonas de Broca y primitiva de Wernicke no representan papel predominante en el origen de las afasias, o mejor dicho, el pie de la tercera circunvolución frontal izquierda (zona de Broca) y las porciones posteriores de las circunvoluciones tempora les izquierdas (primitiva zona de Wernicke) no son regiones anatómicas indispensables para la producción de las afasias.

Para esto tenemos que tratar de varios puntos: doctrinarios, clínicos, fisiológicos y anatómicos, para que lleguemos a probar la hipótesis que aquí lanzamos.

I.—Estudio anátomo-clínico del lóbulo parietal

Sabemos por los trabajos de anatomía comparada que en la especie humana los lóbulos frontal y temporal están más desarrollados que en cualquiera otra especie zoológica. El lóbulo parietal es el más humano de los lóbulos encefálicos, esto es, la parte más diferenciada del cerebro humano. Esta noción es capital para nuestras aserciones, porque la palabra consciente constituye la demostración definitiva de la elevación de nuestra especie en la escala zoológica. "El hombre es especialmente el animal de la palabra y de las manos". La inteligencia superior humana se manifiesta por los instrumentos bio-psicológicos arriba mencionados.

El estudio anatómico, histológico, fisiológico y psicológico del lóbulo parietal, coloca esta cuestión en pie para la defensa de la tesis que aquí sustentamos.

La reseña anatómica del lóbulo parietal puede ser aquí mencionada; su arquitectura será también esbozada..

Como sabemos, el lóbulo parietal ocupa la región media y superior del hemisferio cerebral. Está limitado arriba por el borde superior del hemisferio; abajo, por la cisura de Silvio que lo separa del lóbulo temporal; adelante, por la cisura de Rolando que lo separa del lóbulo frontal; por detrás, por la cisura perpendicular externa, tras de la cual está el lóbulo occipital. El lóbulo parietal está recorrido en toda su extención por el **surco inter-parietal.** Describe este surco en pleno lóbulo una larga curva cuya concavidad se abre hacia atrás y hacia abajo (Testut y Latarget). Hay una prolongación ascendente del surco interparietal que es más o menos constante, pero que puede ser interumpida por un pliegue de trayecto trasversal. La parte principal del surco y la prolongación ascendente reciben el nombre de surco post-rolándico o post-central. En la porción curva el surco interparietal presenta muchas veces pliegues anastomóticos superficiales o profundos, conocidos con el nombre de **pliegues verticales de Gromier.** Se encuentran allí el surco parietal trasverso de Brissaud y el **surco intermediario de Jensen** que divide la circunvolución parietal inferior en dos porciones: una anterior, el **pliegue marginal superior de Gratiolet o Gyrus supra-marginal** y otra posterior, el **pliegue curvo.**

La circunvolución del surco interparietal y su prolongación ascendente descomponen el lóbulo parietal en tres circunvoluciones: **ascendente, superior** e **inferior.**

La circunvolución parietal ascendente, también llamada circunvolución post-rolándica o **girus centralis superior** ocu

pa el espacio comprendido entre la cisura rolándica y el surco post-rolándico.

La circunvolución parietal superior, también llamada primera circunvolución parietal o **girus parietalis superior**, se presenta ancha por delante, estrecha por detrás y ocupa pequeña parte de la convexidad del hemisferio y se expande en la cara interna del mismo donde forma el **pre cuneus** o lóbulo cuadrilátero de Foville. Pliegues de pasage la unen a la parietal ascendente y por detrás a las circunvoluciones occipitales.

La circunvolución parietal inferior, también llamada lóbulo parietal inferior o segunda circunvolución parietal (P. 2) está situada por debajo del surco interparietal, entre éste y la cisura de Silvio y se presenta muy flexuosa, dividiéndose en dos partes por el surco intermediario de Jensen.

La parte anterior de esta circunvolución aparece encorvada en torno de la terminación ascendente de la cisura de Silvio, se halla inserta en la extremidad inferior de la parietal ascendente y da a la primera circunvolución temporal un pliegue de pasaje parieto-temporal. Esta parte anterior de la circunvolución se llama **girus supra marginalis** o circunvolución supra-marginal

En la parte posterior se encorva en torno de la porción ascendente del primer surco temporal y presenta la forma de una U dentada.

Hay, pues, dos asas: una anterior que se anastomosa con la circunvolución temporal y forma el pliegue curvo de Gratiolet o **girus angularis** con un segundo pliegue de pasaje parieto-temporal de Broca. El asa posterior se dirige sobre la segunda circunvolución occipital y forma el segundo pliegue de pasaje parieto-occipital de Gratiolet.

Cito-arquitectura

Los estudios de Broadmann, Vogt, von Economo y Koskinas, Marinesco y otros pudieron establecer las relaciones celulares y de las fibras entre el lóbulo parietal y las circunvoluciones vecinas.

Aprovechemos la síntesis hecha por Schwob para el estudio del asunto.

Para von Economo y Koskinas los límites arquitectónicos del lóbulo parietal exceden de los límites anatómicos habitualmente admitidos. Se extiende, citológicamente, desde el surco de Rolando hasta el surco inter-occipital o parieto-occipital sobre la cara convexa y hasta la circunvolución límbica sobre la cara interna. Comprende también la zona de pasajes temporo-parietal.

Presenta campos de estructura muy diversa, descritos de diferentes maneras, por Broadmann que describe 10 áreas y von Economo que describe 8 principales y 4 secundarias.

1.—En la circunvolución parietal ascendente.

Von Economo distingue cuatro campos que se extienden del opérculo de Rolando hasta el lóbulo para-central.

El primer campo, **Pa** de la nomenclatura de von Economo, inmediatamente por detrás de la circunvolución frontal ascendente en el fondo del surco de Rolando está caracterizado por una rápida reducción de la espesura de la corteza.

Dos capas nítidas de células aparecen, pero persiste como **reliquat** de **Fa,** algunas células de Betz aisladas y achatadas.

Von Economo distingue igualmente, siempre en la parietal ascendente, ocupando los dos tercios superiores de la pared anterior, el campo post-central oral PB, cuya parte está constituída por una formación heterotípica correspondiente a ésta y que tiene por nombre Korniocortex. Es una región esencialmente sensorial y en una preparación de Weigert se observa una red fibrilar terminal.

En la terminación del surco de Rolando, a nivel de la superficie interna del hemisferio, la Korniocortex ocupa un territorio oval en la cara interna del lóbulo para-central.

Al lado de Korniocortex existiría en PB un área menos diferenciada que, aunque rica en células, conserva una forma normo típica (PB2).

Existe también en la parietal ascendente el campo post-central intermediario PC y el campo post-central caudal PD.

El **campo post-central intermediario** ocupa, desde el opérculo hasta el lóbulo para-central, toda la cúpula y los dos labios de la parietal ascendente. En el aspecto celular se asemeja a ciertas zonas frontales por el gran desarrollo de la tercera y de la quinta capas; distínguese de ellas por su densidad celudar y por la existencia de dos capas de células bien distintas y bien visibles. El espesor de la corteza cerebral a esta altura varía de 3 a 3½ milímetros. En el borde superior del hemisferio aparecen en la quinta capa algunas células de Betz.

El **campo post-central caudal PB** se adelgaza de nuevo (1,8 a 2 mms.). Presenta una disposición estratificada y se caracteriza por la presencia de grandes células y de células piramidales en la tercera capa en filas cerradas y superpuestas. El campo PD ocupa no solamente el surco post-central, sino también emite una prolongación en la forma

de lengüeta al surco intermediario entre los lóbulos parietal superior e inferior.

Segunda circonvolución parietal superior

Los tres pliegues del lóbulo parietal superior están ocupados por un solo campo PE. Este campo se caracteriza por el espesor de las dos capas granulares, por la palidez de la quinta capa y por una estriación radial muy típica. Su espesor varía de 2,6 a 3 mm.

Tercera circunvolución parietal inferior

La tercera circunvolución parietal inferior está constituída por una larga capa de tipo parietal, bien estratificada y caracterizada, además, por un desarrollo nítido de dos capas de núcleos y de la tercera capa. La quinta y la sexta capas son menos importantes. Otra característica de la región es una fina disposición de las células en un eje radial.

Se distinguen en el lóbulo parietal inferior tres campos principales; pero a causa de pequeñas variaciones de los tipos intermediarios y de transición, esta distinción de áreas es un poco artificial y calcada sobre las divisiones anatómicas.

No haremos sino citar: el campo del gyrus supra-marginalis o PF; el campo angular o del pliegue curvo PG; el campo basal PH que ocupa la zona de transición occípito-temporal y occípito-parietal.

La fisiología experimental y clínica estudiada en animales superiores (perros, macacos, rhesus) y en el hombre nos aporta en los últimos tiempos, después de la gran guerra, hechos bastante interesantes en que nos habremos de apoyar; la neuro-cirugía, especialmente por las escuelas americanas y alemanas, nos suministran también excelentes elementos para nuestras pruebas documentales.

La **fisiología** del lóbulo parietal es relativamente nueva. Podemos decir que fué con Fritsch e Hitzig en 1870 que se iniciaron las investigaciones experimentales sobre la motilidad y la sensibilidad de la corteza cerebral, esto es, en torno a la cisura de Rolando (frontal y parietal ascendentes).

Actualmente sabemos que, después de los estudios de Sherrington, Grumbaum, Hitzig, Broadmann, Cecil y Oskar Vogt, tanto por la fisiología experimental como por la arquitectura, la circunvolución parietal ascendente o circun-

volución post-rolándica posee organización celular y organización fisiológica independientes, destinada especialmente a la sensibilidad cortical y que es inexplicable por la electricidad. Desde que se hace la ablación de la frontal ascendente (Lewandowsky y Simons) no hay manifestación motora cuando se excita PA.

En el hombre, estas nociones fueron confirmadas por la experimentación, gracias a los trabajos de Krause, Frazier, Lloyd y Cushing. En Francia, Pierre Marie, especialmente la señora Athanasio Bénisty, en virtud de estudios hechos en heridas de guerra, confirman que la zona sensitiva del cerebro comprende todo el lóbulo parietal (PA circunvoluciones parietales superior e inferior) y tal vez la parte posterior de la primera y segunda temporal.

Otros estudios experimentales fueron hechos por Vogt, Lewandowsky y Simons, Rothmann, Minkowsky y probaron que aparecían síntomas de ataxia, de apraxia, además de los trastornos de la sensibilidad arriba mencionados, con la ablación de las circunvoluciones parietales.

Sabemos que el lóbulo parietal da varios síndromes: sensitivo, subjetivo y objetivo, epilepsia sensitiva con varias modalidades de la sensibilidad objetiva, con topografías variadas, ora de tipo radicular, ora de tipo cerebral.

Las perturbaciones motoras se manifiestan por parálisis y ataxia.

Lo que tiene más importancia para la tesis que vamos a defender, es la localización en el lóbulo parietal de la apraxia ideo-motora, según los trabajos de Strohnayer, Krohl, Stanffenberg, Liepmann, Kleist, Claude, Loyez, Morlaas y otros.

La apraxia ideo-motora es un síntoma muy frecuente en las lesiones del lóbulo parietal. Se piensa que existe a la altura del **gyrus supra-marginalis** o en su profundidad un centro de la eupraxia, cuya lesión provocaría la apraxia (Schwob).

No siempre la apraxia, según la mayoría de los autores, depende de la circunvolución supra-marginal. Según Morlaas, Foix, la apraxia ideo-motora puede ser la expresión sintomática de los dos hemisferios; aparece en casos de lesiones que invaden también el pliegue curvo y la parietal ascendente, "este territorio podría ser ampliamente sobrepasado". Además de apraxia parietal hay apraxia callosa (Liepmann).

Algunos autores describen atrofias musculares dependientes del lóbulo parietal y perturbaciones reflejas según las investigaciones clínicas de Rademaker y Garcin.

En el estudio semiológico de los síndromes del lóbulo

parietal, tan bien hecho por Kroll, vemos que el lóbulo parietal es, sobre todo, el punto de localización de las perturbaciones sensitivas apráxicas y afásicas. Los diferentes síndromes del lóbulo parietal pueden ser resumidos de la siguiente manera: en las lesiones de los campos de la región de la circunvolución parietal superior se producen perturbaciones de la sensibilidad en la mayoría de los casos de hemitipo, epilepsia sensitiva, con o sin desviación de los ojos y de la cabeza, astereognosia, ataxia y desviaciones de localizaciones. Si hay lesiones de los campos de la circunvolución parietal superior y principalmente en el lóbulo supra-marginal se observan trastornos de astereognosia, ataxia y desviaciones de localización, en las lesiones superficiales. Si hay lesión en la profundidad del lóbulo supra-marginal, se observa como principal síntoma de la apraxia ideo-motora bilateral de Liepmann.

Habitualmente, el hecho se encuentra en el hemisferio izquierdo; sin embargo, la zona parietal derecha puede dar lugar a apraxia izquierda, según Foix, Morlaas y Kroll. Se observa también, a veces, apraxia ideatoria. Si hay lesión medular interparietal, las perturbaciones apráxicas presentan un carácter especial. "Surgen fenómenos de interferencia perturbadores de los elementos del movimiento, entre los motores del brazo y de la pierna, entre las direcciones derecha e izquierda, etc. Estos trastornos son debidos a una función fundamental del lóbulo parietal y a trastornos de la inervación". (O. Vogt). Según Head, Schilder, las lesiones parietales, especialmente en las co-afecciones de los distintos campos del pliegue curvo y de las regiones correspondientes a las partes vecinas de los lóbulos temporal y occipital dan lugar a perturbaciones del esquema del cuerpo, de la escritura, de la lectura, de la orientación en el propio cuerpo, agnosia, de preferencia en la extremidad inferior. Estos distintos elementos forman síndromes bien característicos según la localización del foco, especialmente parieto-occipital y témporo-parietal (Kroll).

SINDROME AFASICO

Después de los estudios anátomo-clínicos de Déjerine (1881), la circunvolución supra-marginal y el pliegue curvo del hemisferio izquierdo fueron incluídos en la zona del lenguaje, especialmente de la afasia, llamada de Wernicke.

Fué, evidentemente, Déjérine el primero que localizó la afasia en el lóbulo parietal izquierdo, ya que la lesión del **gyrus supra-marginalis** producía la afasia de Wernicke y la lesión del pliegue curvo, la ceguera verbal. Las lesiones corticales perturbarían el lenguaje interior; la lesión de la

circunvolución supra-marginal daría para Déjérine la afasia sensorial de Wernicke. Según el propio Déjérine, la zona de la afasia sensorial de Wernicke estaría en el hemisferio izquierdo en los lóbulos parietal y temporal.

En la parte posterior de la primera y segunda temporales o circunvolución de Wernicke está el centro de las imágenes auditivas de la palabra, el pliegue curvo es el centro de las imágenes visuales de la palabra. Dice el autor citado, "la lesión del gyrus supra-marginalis produce **afasia-sensorial**; la **ceguera verbal** revela la destrucción del pliegue curvo; la **sordera verbal** es debida a la lesión de la parte posterior de la primera temporal. Pero lo que domina todo es que en cualquiera lesión de la zona del lenguaje, cualquiera que sea el sitio de esta lesión, todas las modalidades del lenguaje están ordinariamente perturbadas".

El concepto de Pierre Marie, expuesto en 1906, en la "Semaine Médicale", continuado y definido por su discípulo Moutier, en una notable tesis inaugural, continuada y modificada por Foix, establece un papel importante para el lóbulo temporal en el origen de las afasias. No hay, para los autores citados, centros de imágenes auditivas y visuales verbales; existe, en cambio, un centro o una zona intelectual del lenguaje. Esta región llamada zona del lenguaje de Wernicke se extiende sobre los lóbulos parietal y temporal, contornea la cisura de Silvio y comprende la circunvolución supra-marginal y el pliegue curvo por una parte y el pie de las dos primeras circunvoluciones temporales por otra. Esta zona no sería sensorial, sino intelectual, y una lesión en cualquier punto daría oportunidad para la aparición de afasia de Wernicke, más o menos completa.

Pierre Marie y Foix piensan que las variedades de afasias puras son discutibles, apenas admiten la posibilidad de la ceguera verbal pura; pero juzgan que es debida a una lesión del territorio de la arteria cerebral posterior y constituye un elemento extrínseco de las afasias. En resumen, la afasia es única, intrínseca, intelectual, restringida a la pérdida de la inteligencia específica del lenguaje, con perturbaciones de la comprensión de la palabra, ya por la vía auditiva, ya por la vía visual. La palabra espontánea está perturbada en el sentido de sí misma, es decir, hay trastorno más o menos profundo del lenguaje interno. La silabación puede estar perturbada y, como consecuencia, aparecer jargonafasia. La transmisión articular de la palabra, según Pierre Marie y sus discípulos, no constituye elemento intrínseco de afasia, esto es, la articulación o la palabra motora no forman parte del cuadro esencial de la afasia.

Pierre Marie denomina a esa modificación motriz de la palabra anartria o disartria, elemento extrínseco de la afasia, dependiente de una lesión de la zona lenticular, esto es, de la zona conocida en anátomo-clínica como cuadrilátero de Pierre Marie.

Nos interesa ahora la cuestión de la localización de la afasia intrínseca o afasia de Wernicke. La primera zona descrita por Wernicke para la localización de su afasia a la cual juzgaba como sensorial está en el pie de la primera circunvolución temporal izquierda y tal vez en la segunda temporal.

Déjérine fué, como decíamos, uno de los primeros en localizar en el lóbulo temporal la afasia. En 1881 publicó el resultado de una autopsia de ceguera verbal con lesión del pliegue curvo del hemisferio cerebral izquierdo.

La zona del lenguaje adoptada por Déjérine, en lo que se refiere a la afasia de Wernicke está localizada en el gyrus supra-marginalis; en cambio, la lesión del pliegue curvo da lugar a ceguera verbal. Para Marie, Moutier y Foix, el lóbulo parietal tiene un papel más importante en la cuestión de las afasias. No hay, para los autores citados, centro de las imágenes auditivas y visuales verbales, y sí una zona intelectual del lenguaje. Esta zona, llamada de Wernicke, cabalga sobre los lóbulos parietal y temporal, contornea la cisura de Silvio, y comprende, por una parte, el gyrus supra-marginalis y el pliegue curvo, y por otra parte el pie de las dos primeras circunvoluciones temporales.

Esta zona correspondería a una función no sensorial, sino intelectual, y cualquiera lesión en esta topografía produciría la afasia de Wernicke, más o menos completa.

A nosotros, personalmente, nos parece que la zona principal de la afasia debe ser el lóbulo parietal, especialmente en la circunvolución supra-marginal y en el pliegue curvo, y que las circunvoluciones temporales y las occipitales que limitan estas partes del lóbulo parietal son apenas receptoras, y que el centro intelectual del lenguaje debe estar limitado al lóbulo parietal izquierdo.

Sabemos por los estudios de anatomía comparada, que los lóbulos frontal y especialmente el parietal, sólo existen bien desarrollados en la especie humana. Podemos decir que el lóbulo parietal es el punto más diferenciado en la escala zoológica. Conocemos que la palabra consciente constituye la fórmula definitiva de la diferenciación del hombre dentro de la escala zoológica. Podemos decir que la palabra consciente y el lóbulo parietal izquierdo son los hechos anátomo-psicológicos que distinguen al hombre de toda la animalidad.

No se necesitará entonces gran raciocinio para admitir que la localización principal de la inteligencia específica del lenguaje esté en el lóbulo parietal izquierdo. Este lóbulo está en relación anatómica macro y microscópica, especialmente por la citoarquitectura, con los centros sensoriales más diferenciados de la clase zoológica, que son la audición y la visión. En el hombre, la audición es el sentido más depurado de lo que se observa en cualquiera otra especie zoológica; por eso el lóbulo parietal, que es el más diferenciado en el hombre, está en relación con las zonas corticales, sensoriales, auditivas y visuales. La palabra es comunicada al hombre por la audición y por la visión, más por aquélla que por ésta; es así que las circunvoluciones temporales son más importantes en la producción de la afasia que las occipitales yuxtaparietales.

Podemos concluir que la zona del lenguaje interno se halla en el lóbulo parietal, en la circunvolución supra-marginal y en el pliegue curvo, y que en los pies de la primera y segunda temporales están los centros corticales receptivos, sensoriales de la palabra hablada y que las circunvoluciones occipitales próximas o ligadas al pliegue curvo son centros receptores sensoriales de la visión para la palabra escrita o para la percepción visual de los objetos en relacin con el simbolismo o con la ideación de las palabras que despiertan.

Los estudios cito-arquitectónicos de Broadmann, Vogt, Economo y Koskinas, demostraron las relaciones de la circunvolución supra-marginal con la primera temporal y del pliegue curvo con las circunvoluciones occipitales, lo que demuestra las relaciones sensorio-psíquicas del lóbulo temporal y de los occipitales con el parietal, especialmente el izquierdo, en los fenómenos del lenguaje.

Por los estudios semiológicos arriba mencionados, sabemos que las apraxias, las agnosias y las afasias siempre o casi siempre andan juntas. La propia **afasia debe ser considerada como la apraxia agnóstica del lenguaje,** y que según las observaciones de los autores, los síntomas de la apraxia en los afásicos demuestran suficientemente que afásicos y parafásicos son casos verdaderos de apraxia del lenguaje. La afasia, la agnosia y la apraxia que, semiológicamente se mezclan, son también manifestaciones comunes de las lesiones córtico-subcorticales de la circunvolución supra-marginal y del pliegue curvo.

Las lesiones clínicas, circulatorias o compresivas nunca se limitan exclusivamente a la corteza y muy raramente a un punto restringido de una circunvolución, lo que hace muy difícil la resolución del problema. Las localizaciones

cerebrales corticales constituyen un problema anátomo-clínico de difícil solución, especialmente en lo tocante a las afasias, porque la experimentación **in anima vili** nada puede esclarecer. Las escasas eventualidades de localización muy restringidas a zonas determinadas y reservadas a la inteligencia del lenguaje, son muy raras. Hechos clínicos o neuro-quirúrgicos aislados, se muestran a veces en contra y a veces a favor de nuestras hipótesis aquí emitidas.

Fuera de los estudios y documentos clásicos de Déjérine y de Pierre Marie acerca de la inclusión de la circunvolución izquierda supra-marginal y del pliegue curvo en la zona del lenguaje, casi todos los autores adoptan estas mismas consideraciones anátomo-clínicas.

En la tesis de Maurice Levy acerca de los **reblandecimientos silvianos**, se señalan varios puntos en que los reblandecimientos parciales del territorio posterior de la arteria silviana traen a menudo síndromes afásicos. El reblandecimiento temporal-pliegue curvo es, tal vez, debido al compromiso simultáneo de la arteria temporal posterior y de la arteria del pliegue curvo, o por el compromiso de una temporal posterior anormalmente desarrollada. Dice el autor que en esa circunstancia se encuentra afasia, hemianopsia, apraxia ideatoria, especialmente cuando la lesión es más profunda y alexia.

En el reblandecimiento parietal-pliegue curvo está comprometida la arteria parietal posterior y la arteria del pliegue curvo. En esas circunstancias, cuando se produce en el lado izquierdo el síndrome que aparece, según Foix, está constituído por apraxia ideo-motora bilateral, afasia de Wernicke moderada y hemianopsia.

Según Maurice Levy, la afasia puede aparecer en el reblandecimiento de la arteria del surco interparietal. En general, los fenómenos afásicos son generalmente moderados; la denominación de los objetos, la comprensión de la palabra y la escritura están poco perturbadas.

Las recientes observaciones neuro-quirúrgicas de Walter Dandy, presentadas a la sesión neurológica de la Sociedad de Medicina de Nueva York (Mayo de 1931), mucho tienen que ver con las localizaciones de la afasia de Wernicke. La ablación total del lóbulo temporal izquierdo en un individuo diestro no producía en el paciente, afasia. Se trataba de un hombre de 21 años, en que el lóbulo temporal izquierdo fué totalmente dislocado por la extirpación de un tumor. Cuatro meses después de la operación, el enfermo no presentaba alteración alguna del lenguaje; no tuvo, pues, "afasia sensorial" o "afasia auditiva". Luego,

después de la operación, el paciente presentó "anomia", que persistió durante algún tiempo, para desaparecer totalmente. Por este caso, concluía el autor que el centro del lenguaje no debe estar en la parte posterior de la primera y segunda temporales izquierdas. La anomia presentada fué, para el gran neuro-cirujano americano, indudablemente, debida al traumatismo de la parte media del cerebro y de los vasos silvianos del lóbulo parietal. Si así no fuese, la palabra no hubiera quedado indemne.

En la segunda observación se trataba de un tumor del lóbulo occipital, y este lóbulo fué totalmente resecado. En esa ablación las circunvoluciones supra-marginal y supra-angular fueron incluídas. El plano de incisión cerebral fué vertical y ligeramente por detrás de la circunvolución post-central. Un mes después de la operación, el paciente demostró "absoluta afasia visual". Era incapaz de leer una carta; podía escribir bajo dictado, pero no podía leer lo que había escrito. No había 'afasia auditiva". Tuvo leve "anomia" que desapareció. Presentó, entretanto, una completa apraxia después de la operación, que desapareció posteriormente. Este caso demostraba que el centro de la "afasia auditiva" es independiente de la "afasia visual".

En la obra reciente de V. Dimitri de Buenos Aires, hay hechos que confirman la localización de las afasias en el lóbulo parietal. Digamos de paso que el Prof. Dimitri aceptaba la doctrina clásica de las afasias, esto es, afasia motora de Broca y afasia sensorial de Wernicke. Así, en el resumen de sus observaciones, vemos que en la primera de afasia de Broca, lentamente evolucionada hacia la afasia motora pura, había un gran reblandecimiento en la zona anterior del lenguaje, con predominio de la lesión en el pie de la tercera frontal izquierda. Otros focos había en la región opto-estriada. En la quinta observación de afasia de tipo mixto, con perturbaciones motoras y sensoriales en igual proporción, con hemiplejía derecha y evolución progresiva fué encontrado en la autopsia un glioma sub-cortical del lóbulo parietal izquierdo. Infiltración edematosa crónica del cerebro sub-yacente de la zona anterior del lenguaje. Destrucción del centro oval y sustancia blanca correspondiente a las circunvoluciones rolándicas, parietales y supra-marginal. Ausencia de lesión cortical de los centros de Broca y de Wernicke. En casi todos los casos de afasia, sea de Broca o de Wernicke, o mixta, el lóbulo parietal izquierdo habitualmente se hallaba comprometido. En las dos observaciones finales, décima primera y décima segunda, los hallazgos fueron negativos, porque en la primera había un gran quiste hidatídico en la región fronto-parietal izquier-

da y en la segunda, un quiste hidatídico del lóbulo temporal izquierdo sin ninguna perturbación afásica. En la última observación, es decir, la décima segunda, sirve para demostrar que el lóbulo temporal no representa un papel esencial en la producción de la afasia. La undécima observación prueba que la existencia del quiste hidatídico en la zona de Broca no producía afasia, hecho muy bien señalado por Pierre Marie y Moutier.

Por otra parte, esta observación no destruye la localización cortical del lóbulo parietal izquierdo para la zona del lenguaje, porque la zona primitiva afectada fué la sustancia blanca sub-cortical del lóbulo parietal izquierdo.

Desgraciadamente, las tres observaciones que presentamos para un estudio anátomo-clínico, demostraban lesiones siempre en el lóbulo parietal, pero las lesiones sobrepasan con mucho las zonas del lenguaje de este lóbulo, de modo que no sirven para la documentación de la tesis que sustentamos.

Las lesiones cerebrales son habitualmente determinadas por reblandecimiento o por compresión. En realidad, tales lesiones no se limitan al lóbulo supra marginal o al pliegue curvo. Son raros los hechos señalados en que se destruyen exclusivamente las zonas mencionadas. Por esto, casi toda la documentación anatómica es susceptible de objeciones. La experimentación en este sentido no puede ser hecha in anima nobili, lo que ciertamente dificulta la resolución del problema de la localización de las afasias.

CONCLUSIONES

1.º—El lóbulo parietal está más diferenciado o perfeccionado en el hombre que en cualquiera especie zoológica superior.

2.º—El lóbulo supra-marginal y el pliegue curvo izquierdo parecen representar un papel preponderante en la localización de las afasias.

3.º—La palabra consciente constituye el hecho biológico más notable que separa al hombre de toda la animalidad. La afasia debe ser considerada como la pérdida de la inteligencia específica del lenguaje. No deben existir afasias sensoriales.

Afasia, apraxia y agnosia andan siempre unidas; las pruebas establecidas por Pierre Marie para demostrar el déficit mental de los afásicos evidencian concomitantemente la apraxia. Todo afásico es apráctico, más no todo apráctico es afásico. La afasia debe ser considerada la apraxia ag-

nóstica del lenguaje. Afásicos y parafásicos son casos de apraxia del lenguaje.

4º.—El lóbulo temporal izquierdo, especialmente en el pie de la primera y de la segunda circunvoluciones, por las razones emitidas, por la citoarquitectura y por la observación de los autores debe ser considerado centro cortical sensorial de la audición y como consecuencia centro receptor de los sonidos o de la palabra oída.

Probablemente, la lesión de estas circunvoluciones debe producir alteraciones de la recepción de los sonidos o de las palabras sin perturbación esencial del lenguaje interno que debe estar localizado en el girus supramarginalis.

5º.—El lóbulo occipital debe ser considerado el centro cortical sensorial de la visión. Para que haya afasía es necesario que esté lesionado el pliegue curvo o girus angularis, especialmente en lo que se relaciona con la palabra evocada o despertada por la lectura, por la escritura, por la visión de los objetos. La lesión del lóbulo occipital, especialmente a la altura de la cisura calcarina produce alteraciones sensoriales, más nó intelectuales propiamente dichas. Podemos decir que entre las manifestaciones de déficit están en primer lugar los defectos del campo visual en la mayoría de los casos de tipo cuadrante o de escotomas, después, las formas distintas de la agnosia óptica para los objetos, para la lectura (alexia) y la metamorfoxia.

6º.—El lóbulo occipital es, respecto del pliegue curvo, lo que el lóbulo temporal es respecto de la circunvolución supra-marginal. El lóbulo occipital y el lóbulo temporal son puntos receptores sensoriales para despertar en el lóbulo parietal el lenguaje interno que se relaciona con la audición y con la visión.

7º.—La inteligencia específica del lenguaje debe estar localizada en el lóbulo pariental izquierdo, en la circunvolución supra marginal y en el pliegue curvo. Las lesiones de estas zonas deben producir afasia. El pie de la primera y segunda circunvoluciones temporales izquierdas, llamadas antiguamente zona de Wernicke, no deben ser consideradas centros esenciales para la producción de las afasias. La zona de Broca en el pie de la tercera circunvolución frontal izquierda, de acuerdo con Pierre Marie no debe representar papel esencial en la producción de las afasias.

Drs. Manuel Balado
y Luis Romero

Corrientes de acción del sistema nervioso

(Resumen de la disertación del Prof. Manuel Balado)

Cuando en un punto determinado de un nervio se aplica un estímulo (mecánico, químico o eléctrico), se produce en el punto excitado, una variación negativa de potencial, variación negativa que se propaga a lo largo del nervio, con una velocidad determinada de acuerdo con la naturaleza de las fibras nerviosas que la transmiten.

Si se considera un punto del nervio alejado del sitio de aplicación del estímulo, este punto mantendrá un potencial que equivale a la línea de base y, cuando a él llegue la variación negativa, la línea de base mostrará una sacudida en el sentido negativo, sacudida que durará alrededor de unas 5 a 6 milésimas de segundo, para que luego, transcurrido ese tiempo, volver la línea de base a su posición primitiva.

La variación negativa se translada de un punto a otro del nervio con una velocidad determinada, 42 metros por segundo en las fibras mielínicas muy gruesas, y 6 metros por segundo en las fibras amielínicas muy delgadas.

Si el estímulo aumenta de intensidad, en lugar de una sola variación negativa, se tendrán dos o más. La intensidad del estímulo no actúa sobre el valor absoluto del nivel del potencial, sino muy relativamente; de ahí que al aumentar la intensidad del estímulo, no aumenta la variación de po-

tencial, sino que las variaciones negativas son mas numerosas. El número de variaciones negativas u ondas tiene un límite que alcanza a 400 por segundo. Este límite está determinado por el período refractario del nervio.

Como lo enseñan las investigaciones clásicas de Waller, la variación negativa o corriente de acción, depende de las condiciones fisiológicas en que se encuentra el nervio; de ahí que la anestesia del tronco (mediante eter, cloroformo, etc.), el enfriamiento, la intoxicación del nervio con anhidrido carbónico, determinan la falta de conducción de la variación negativa.

Las corrientes de acción de los nervios bajo diferentes condiciones de excitación y de transmisión del impulso han sido estudiadas por numerosos investigadores; y el progreso en su conocimiento sólo ha ocurrido cuando los medios técnicos y los adelantos de las válvulas termoiónicas lo han permitido.

El estudio de estos problemas presenta dificultades que se agrupan en dos categorías: primero es necesario amplificar en forma extraordinaria la variación negativa de potencial, la que, a menudo es de 5 a 50 millonésimos de voltio; y segundo, es necesario **aislar** con toda perfección al sujeto y los aparatos de amplificación para evitar que sobre las corrientes de acción que se recojen, aparezcan las corrientes de inducción, los parásitos de que está poblado constantemente el medio en que nos movemos.

El primer problema se ha resuelto mediante el empleo de las de las lámparas utilizadas en radiotelefonía, las que amplifican muchas veces las debilísimas ondas que surcan el éter. Detalles técnicos dirigen la construcción de los circuitos amplificadores los que deben obtener y recoger variaciones de potencial de una frecuencia de 8 a 400 por segundo. Aquellos que conocen los problemas de la radio-telefonía y especialmente de la audiofrecuencia, comprenderán, desde luego, las dificultades de orden técnico que es necesario vencer antes de conseguir la puesta en marcha de un circuito de tal naturaleza.

En la práctica los circuitos que se emplean son en **push-pull** y en serie. En el primero, dos lámpara iguales captan cada una la mitad de una señal (mitades que están en fase inversa), la amplifican y la reconstruyen a la salida. En el segundo tipo de circuito, es decir, en serie, una lámpara recibe una señal, la envia amplificada a la siguiente, la que a su vez la vuelve a amplificar.

De cualquier modo que se lleve a cabo la amplifica-

ción, la señal o variación negativa es suficientemente amplificada como para ser capaz de mover un campo magnético que, a su vez, sostenga una aguja, un espejo o un tubo inscriptor.

El tipo de amplificador en push-pull ha sido propuesto por Mathews y el otro, en serie, ha sido propuesto por Tönnies.

El problema del aislamiento del sujeto y de los aparatos de amplificación es el más arduo, pues las corrientes que podríamos llamar parásitas, aparecen en los trazados especialmente en la línea de base e impiden obtener conclusión alguna de lo que se ve en un trazado, pues es imposible distinguir la variación negativa del sujeto en estudio, de la variación impuesta sobre la línea de base por el motor de un ascensor próximo al sitio donde se investiga, por ejemplo.

Para ello en el Hospital Oftalmológico se ha hecho construir una sala de operaciones y un laboratorio blindados, es decir, dos habitaciones cuyas paredes, techo y piso, son de hierro, láminas de este metal de 2 milímetros de espesor. Estas láminas de hierro están recubiertas de una capa de cobre fundido de 0,25 milímetros de espesor, constituyendo así una doble envoltura de hierro interior y de cobre exterior. Puertas y ventanas son de cierre hermético, para que en momento alguno exista espacio por donde puedan filtrarse las corrientes parásitas.

Las fotografías de distintas etapas de la construcción de esta sala dan una idea de la constitución de la misma. En la construcción de esta sala hemos sido asesorados constantemente por el Director técnico de la Transradio, Ing. Pierre Noiseux, a quien agradecemos profundamente la generosa y constante ayuda dispensada.

En esta disertación nos hemos de limitar a las corrientes de acción obtenidas del cerebro "in toto", es decir, a las variaciones rítmicas de potencial descritas por Berger en el hombre y en los animales, en 1929 y que se conocen con el nombre de ritmo de Berger.

El ritmo de Berger puede obtenerse directamente de la sustancia cerebral o, indirectamente, mediante electrodos fijados en los tegumentos. En este último caso los electrodos deben estar colocados en sitios como el sincipucio o el lóbulo de la oreja, en que no hay contracciones musculares que puedan perturbar la observación.

Los electrodos colocados externamente son simples agujas de inyección hipodérmica que se introducen en el tejido celular subcutáneo para que queden bien fijos y no se

muevan porque en ese caso modifican considerablemente la línea de base. De las agujas salen los conductores que terminan en las grillas o rejas de las válvulas que en este caso son dos pentodos en push-pull número 77 y cuya descarga de reja se hace mediante una resistencia de 2 megohm, circuito éste que se cierra en el catodo de ambas lámparas.

La corriente de placa de estas válvulas, a través de una resistencia de reja variable, termina una, en la grilla de una lámpara 79 y la otra en su catodo. La lámpara 79 es un triodo doble que en este caso está puesta en serie. La salida de la lámpara 79 pasa a dos pentodos 89 en paralela que trabajan como triodos de amplificación clase A y son lámparas de poder. Ellas mueven el **campo,** cuadro móvil de un ondulador de Siemens, con el que se inscribe sobre una cinta de papel la línea de base y las variaciones de potencial.

Como se podrá ver en el trazado obtenido por nosotros el ritmo de Berger corresponde a variaciones negativas de un potencial de 50 microvolts y una frecuencia de 8 a 10 por segundo. Es decir, estas son las ondas A principales de Berger y aparecen cuando el sujeto está con los ojos cerrados y próximo a dormirse. La actividad mental y especialmente la visual determinan la atenuación de dichas ondas y, hasta su casi desaparición.

Las ondas que se ven son las llamadas ondas de reposo (ondas A de Berger), son bastante regulares, aunque no todas tienen igual altura (potencial) ni ancho (velocidad). Pueden llegar a 100 microvolts, pero su potencial está alrededor de los 40 a 60.

Su significado, por hoy es muy discutible. La opinión de Adrian de que dependen de la predominancia de la función visual sobre el resto de la funcionalidad cerebral, no ha sido muy aceptada. Debemos por ahora establecer el hecho y de acuerdo con Lennox señalar que su desaparición puede ocurrir poco antes del ataque de epilepsia.

¿Es posible que representen las pulsaciones rítmicas sincrónicas de un gran número de células corticales; y este ritmo, como lo señala Bremer, se encuentra en las actividades automáticas de neuronas tan distintas como son las del ganglio óptico del coleóptero y del ganglio estrellado aislado del gato.

Las ondas lentas del ritmo de Berger corresponden a una fluctuación periódica lenta de la amplitud de la onda de reposo u onda A. Naturalmente que son de una frecuencia inferior a un segundo y se las ha señalado en el sueño barbitúrico del hombre y de los animales y en el

sueño muy profundo. Bremer hace notar que se las observa en los casos en que el cerebro está separado del eje bulbo espinal por una sección mesencefálica.

Por sobre estas dos ondas hay ondas de potencial menor (ondas b de Berger) y de un tiempo de duración mucho más corto y de aparición irregular que se atribuyen a la actividad cortical. En la mayoría de los casos reemplazan a las ondas de reposo, cuando el sujeto entra en actividad mental o sensorial. Su interpretación no es simple por lo que veremos a continuación. En razón de su amplitud muy inferior a las ondas de reposo, la aparición de las ondas de potencial menor o de actividad hace pensar en fenómenos de inhibición cortical, tal como lo ha supuesto Berger. Para Adrian y Mathews representarían innumerables potenciales de acción neuronal que no están en fase.

Finalmente se acepta la existencia de ondas sincrónicas con el estímulo sensorial y ondas epilépticas de gran amplitud.

La distinción de las ondas y sobre todo, su interpretación, choca con grandes dificultades, cuando la comprobación se hace con el cráneo cerrado. En la figura de Tönnies, comprobamos cuán distinto es el tipo de onda de acuerdo con el sujeto investigado. Distinta también es la curva que se registra cuando el cerebro está al descubierto.

Pero ello tiene su razón en los diferentes campos citotectónicos en que se divide el manto cerebral y es aquí donde tiene su mayor porvenir la investigación de la actividad eléctrica de la corteza cerebral.

Kornmüller es quien más ha insistido en la relación entre estructura citotectónica y actividad eléctrica. Como se puede ver en la figura de Tönnies, para cada campo citotectónico corresponde una curva determinada.

En los trabajos que estamos realizando en el Hospital Oftalmológico nuestro principal objetivo es el de obtener las curvas eléctricas de cada una de las regiones citotectónicas humanas.

Prof. A. Austregesilo
Prof. de Neurología en Río Janeiro
y Dr. A. Borges-Fortes
Libre Docente en la Clínica
Neurológica de Río Janeiro

Contribución a las localizaciones en el Striatum

(A propósito de un caso anátomo-clínico de hemicorea)

Los núcleos localizados en la base del cerebro fueron durante largo tiempo desconocidos para los fisólogos y clínicos, por cuanto su exploración experimental en los animales no daba ninguna seguridad en sus hallazgos y las lesiones no eran diagnosticadas **intra-vitam** en la patologia humana. La ignorancia absoluta acerca de las funciones de es región fué traducida por la célebre expresión de Fanton: **Obscura textura, obscuriores morbi, obscurissime functiones.**

Con todo los investigadores no desmayaron. Longet. Nathnagel y tantos otros insistieron en la experimentación **in anima vili,** aunque sin resultados prácticos. Las observaciones de Anton (1895), de Oppenheim y Cécile Voat (1911) fueron las primeras hechas con determinismo científico y documentadas suficientemente para hacer creer en la posibilidad de reconocer en vida la existencia de lesiones del cuerpo estriado. Pero, apenas habían sido tomados debidamente en consideración esos trabajos, especialmente los del primero de los autores, cuando surgieron los estudios de Wilson sobre la degeneración hepatolenticular progresiva, los de Mingazzini y Pierre-

Marie relativos a las lesiones focales del núcleo lenticular acarreando trastornos en la articulación de la palabra.

Desde hace ya mucho tiempo Anton, Pierre-Marie, Mingazzini, Wilson, Lhermite, Cornil, Calligaria, Autregesilo y O. Gallotti habían demostrado que ciertas lesiones destructivas y circunscritas del **putamen** y del núcleo caudado eran capaces de determinar movimientos coreicos, atetósicos y perturbaciones de la articulación de la palabra. Un rico material de casos de atetosis y coreo-atetosis, aparecidos en la infancia o congénitos fué meticulosamente estudiado por Cécile Vogt, obteniendo este patólogo interesantes informaciones sobre la significación de los núcleos del cuerpo estriado, en lo que se relaciona con los movimientos anormales, ciertos trastornos del tonus muscular y de los movimientos voluntarios. Partiendo de los hallazgos de su marido, el Prof. O. Vogt, sobre las localizaciones funcionales de la corteza frontal y de la arquitectura de las fibras mielínicas de esta región, C. Vogt procuró establecer las funciones llamadas **elementales** de las formaciones correspondientes al cuerpo estriado. Sosteniendo algún tiempo antes de las observaciones de Wilson sobre la degeneración hépato-lenticular progresiva, que las lesiones del núcleo caudado y del **putamen** acarreaban la aparición de movimientos coreicos, atetónicos y de espasmos llamados móviles, **spasmus movilis**, y en cuanto a los procesos mórbidos de parte del núcleo lenticular denominado **globus pallidus** que eran responsables de la rigidez muscular, madame Vogt, juntamente con O. Vogt, concluyeron que el núcleo caudado y el putamen, constituyen una sola unidad funcional, el **Striatum**, al paso que el **globus pallidus** representa un órgano aparte (el **pallidum**).

Pero sus investigaciones no terminaron en esto. Confirmada la doctrina de las localizaciones **somato-tópicas** en la corteza cerebral, esto es, de la representación en la corteza fronto-parietal de los diferentes segmentos del cuerpo para las funciones de motilidad y sensibilidad, procuró C. Vogt observar si también en los núcleos de la base del cerebro se podían sorprender localizaciones idénticas. Del cotejo de innumerables casos anátomo-clínicos llegó a la conclusión de que las partes anteriores o ventrales del **Striatum** son la sede de los centros coordinadores de los movimientos automáticos y asociados de la cabeza, en tanto que las partes posteriores o caudales de esa formación, cuando son lesionados, traen trastornos coreicos, atetósicos, temblor y movimientos coreo-atetósicos por el lado del tronco y de los miembros.

Así, en un enfermo observado clínicamente por Oppenheim (caso Wiemerfilha), los trastornos de la palabra eran evidentes, así como de la masticación y de la deglución; las lesiones predominaban en la parte más anterior del **striatum.** Esta región estaría, pues, relacionada con las funciones de la articulación de la palabra, de la masticación y de la deglución. En cambio en el caso de Steinberg, de Freud y Cécile Vogt, esas funciones estaban relativamente respetadas y la autopsia demostró las partes antero-ventrales del **striatum** bien conservadas.

Estos hechos son hoy admitidos por numerosos autores entre los cuales están F. H. Lewy, Wimmer, Mill, W. Spiller y A. Marotta.

Foerster fué aún más adelante afirmando que las localizaciones en el **striatum** eran bastante precisas: **el tercio anterior de esta formación corresponde a la cabeza, el tercio medio al miembro superior y el tercio posterior al tronco y miembro inferior. Este autor acompaña a Jakob en la opinión de que semejante somatotopia** (somatotopische gliederung) **existe en el pallidum.**

El estudio de los casos de lesiones limitadas al **striatum** aparece como altamente instructivo para el conocimiento seguro de las funciones y localizaciones funcionales de esta parte del sistema nervioso central. Un número ya considerable de casos bien explorados clínica y anatómicamente demuestran que una lesión que afecte al **striatum,** comprometiendo los dos núcleos que lo componen o apenas uno de ellos, puede determinar la aparición de **hemi-corea.**

El caso de Liepmann-Vogt, por ejemplo, se refiere a una paciente (Elizabeth) de 67 años, con movimientos coreicos que aparecieron súbitamente en el brazo derecho. El examen anátomo-patológico reveló un quiste de reblandecimiento cerebral situado exactamente en la cabeza del núcleo caudado izquierdo.

La observación de A. Jakob habla de una enferma de arteriosclerosis que después de un ictus presentó movimientos coreicos limitados a la mitad derecha de la cara, durante un año. En la autopsia se encontró un reblandecimiento antiguo quístico, circunscrito a la cabeza del núcleo caudado izquierdo.

Mingazzini publicó la observación de un enfermo con temblor arrítmico en el brazo y en el examen anátomo-patológico se evidenció una lesión exclusivamente limitada a la parte media del putamen.

Una observación de Richter, más completa, merece ser mencionada: un individuo sufrió un ictus acompañado de violentos dolores de la mitad derecha del cuerpo. Al cabo de dos años aparecieron movimientos atetósicos localizados predominantemente en el brazo derecho. Más tarde todos esos fenómenos cedieron su lugar a una hemi-rigidez muscular de ese lado. El examen anatómico descubrió un foco quístico que había destruído los dos tercios anteriores del núcleo caudado izquierdo y de la parte oral del putamen.

En otra observación de A. Jakob, el corea permaneció localizado en la cara y en las extremidades superiores; en cuanto a las extremidades inferiores se comprobaba un síndrome aquineto-hipertónico. El autor encontró una degeneración más intensa de la porción oral que de la caudal del striatum. El paciente sufría de arterioesclerosis.

Uno de nosotros (Austregesilo) tuvo oportunidad de publicar en colaboración con O. Gallotti, una observación anátomo-clínica de **hemicorea**, una de las primeras registradas en la literatura de las lesiones limitadas del cuerpo estriado, que resumiremos en pocas palabras y que es un documento precioso para la doctrina de las localizaciones en el striatum:

C. C., de 36 años, alcohólica, abandonada por su amante, tuvo una fuerte crisis nerviosa al fin de la cual quedó con una paresia del lado izquierdo del cuerpo, sin signo de Babinski, con movimientos coreicos bien nítidos a derecha, más acentuados en el miembro superior. Habiendo fallecido la enferma poco tiempo después, se pudo verificar por el corte Flecsig, la existencia de un gran foco de reblandecimiento de forma irregular en la cabeza del núcleo caudado izquierdo que destruía cerca de la mitad de la referida región.

Este caso, pues, se encuentra en el llamado **corea sintomático**, consecutivo a una **lesión focal**. Lo que nos parece sobremanera importante es la limitación del proceso de reblandecimiento estriado y la predominancia de los movimientos coreicos en el miembro superior.

Discutamos ahora otro orden de manifestaciones extrapiramidales, porque en ellas pensamos quedará comprendida la observación anátomo-clínica que más adelante expondremos. Según Monakow, fué Kahlbaum quien en 1867 describió un síndrome caracterizado por movimientos desordenados que sobrevenían en los viejos hemiplégicos al cual dió la denominación de **hemibalismus**. Fué poco fe-

liz, porque sus observaciones no tuvieron repercusión y la expresión que creó fué destinada a designar otro síndrome.

Más éxito tuvo la observación del médico norteamericano Weir-Mitchell sobre el mismo síndrome nervioso descrito por Kahlbaum y al cual le aplicó la expresión de **post-paralytic choréa** (1874).

El hemi-corea aparece habitualmente cuando después de la primera fase de parálisis, los movimientos comienzan a volver a los miembros. Se revela por movimientos involuntarios, irregulares de gran amplitud, que comprometen la mano y, más frecuentemente, todo el miembro superior. El reposo disminuye su intensidad y, en cambio, los movimientos voluntarios, las emociones, etc., la exageran. En ciertos pacientes el hemicorea va disminuyendo progresivamente; pero la regla es su persistencia hasta la muerte. En un caso observado por el Prof. Aloysio de Castro, en el Servicio del Prof. Oswaldo de Oliviera, la intensidad de los movimientos se redujo considerablemente.

En algunos casos se ha visto al hemicorea preceder al ictus o a la hemiplegia; es el **hemicorea pre-paralítico.** Esta variedad es comúnmente menos intensa que la precedente, pero de pronóstico más grave.

Pasemos ahora a nuestra observación de un caso de hemicorea post-apoplético:

Cándida P. de M., 70 años presumibles, brasilera, blanca, empleada doméstica, residente en Realengo. En lo que se refiere a los antecedentes mórbidos, hereditarios y familiares no se registró nada de interés clínico. La paciente gozó siempre de buena salud.

Historia de la enfermedad actual.—Hace dos años, se sintió mal súbitamente y, sin pérdida del conocimiento, observó la aparición de movimientos involuntarios desordenados en el miembro superior izquierdo. No se verificó en aquella ocasión ninguna disminución de la fuerza muscular en los miembros del lado izquierdo. Cuando ingresó a nuestro servicio clínico del Hospital de Sta. Casa, no había experimentado mejoría.

Status praesens.—Mujer de estatura baja, muy enflaquecida. Edema palpebral más acentuado a la izquierda. Presentá intensos movimientos incoordinados, súbitos, de torsión espasmódicos en el miembro superior izquierdo. Estos movimientos son también visibles en la cabeza y en la cara, principalmente cuando la enferma habla o sa-

ca la lengua. La marcha y la investigación de los reflejos de automatismo y defensa exageran los movimientos coreicos.

No se comprueba ninguna paresia o parálisis.

El equilibrio es difícil en posición de pie y aun en posición sentada. Ausencia de signos de Romberg.

Acentuada hipotonía muscular generalizada cuando la paciente está en reposo y los movimientos coreicos cesan.

Los reflejos tendinosos están vivos; ausencia de clonus y signo de Babinski; reflejos de automatismo y defensa vivos a la izquierda y esbozados a la derecha; reflejos pupilares a la luz lentos; ligera miosis.

No se encontró ninguna alteración en el dominio de los esfínteres.

A lo largo del costado izquierdo se nota una faja de hipoestesia a los excitantes dolorosos.

La enferma presenta un franco estado demencial: se mantiene callada en su cama, indiferente a lo que pasa en la enfermería. Dice su propio nombre pero ignora el de su familia. No sabe su edad. No reconoce a las personas de su relación ni a las empleadas de la enfermería que la sirven. Está desorientada en el espacio y en el tiempo. Responde a las preguntas con voz de falsete. Conducta infantil, se deja dominar por sus compañeras del hospital, afirmando puerilmente que le gustan las personas de "corazón". Ninguna perturbación delirante. Ausencia de fabulación.

La paciente presenta una xifo-escoliosis muy acentuada de concavidad derecha.

Las arterias periféricas están duras y esclerosadas. Reforzamiento del tono aórtico. Presión arterial 18-9 (Vaquez-Laubry).

El examen de la orina reveló apenas densidad baja (1010).

La prueba de la glucosuria provocada dió resultado normal.

El examen del líquido céfalo-raquídeo no reveló perturbaciones.

La enferma falleció más o menos tres años después del comienzo de su dolencia. El siguiente es el resultado del estudio anátomo-patológico de su neuro-eje.

Autopsia.

Las meninges craneanas se presentan un poco engrosadas. Los grandes vasos, especialmente la arteria silviana y el tronco basilar, están esclerosados.

Los cortes transversales del cerebro demuestran una pequeña zona de reblandecimiento en el tercio medio y superior del núcleo caudado derecho. El putamen de este mismo lado y los núcleos estrio-palidales del lado opuesto presentan pequeñas lagunas de desintegración nerviosa.

Examen histo-patológico.

Los cortes coloreados para la demostración de las células nerviosas (método de Nissl) evidencian la relativa conservación de los elementos ganglionares de la corteza cerebral. Las fibras mielínicas y la glia de la substancia cerebral no presentan alteraciones. Los pequeños vasos demuestran un espesamiento de sus túnicas muy claramente por la coloración bermeja con el método de picro-fucsina de van Gieson.

Los grandes cortes mielínicos, coloreados por el método de Kultschisky-Welters, revelan con gran nitidez la atrofia del núcleo caudado izquierdo y el reblandecimiento quístico circunscrito a los tercios superior y medio del referido núcleo. Se observa cierto grado de desmielinización de las fibras del centro semi-oval de ambos lados.

Por el método de Nissl, se puede verificar en los límites del territorio reblandecido intensos fenómenos de fagocitosis de mielina desintegrada (cuerpos grasosos, células espumosas, **mielofagos**), así como una fuerte proliferación de los núcleos gliales. Se nota también en las proximidades del quiste de reblandecimiento del núcleo caudado derecho algunos pequeños vasos de paredes muy espesadas y completamente obliterados por un proceso de trombosis progresiva. Las células ganglionares de este núcleo han desaparecido quedando apenas algunos elementos con acentuadas lesiones atróficas. Las fibras mielínicas del núcleo caudado derecho y del putamen del mismo lado, es decir, del **striatum** derecho están muy reducidas en número y con francas señales de alteraciones degenerativas.

Se observa en el núcleo lenticular, de un modo más nítido a derecha, en cortes coloreados para la demostración de las vainas mielínicas, pequeñas lagunas de desin-

tegración nerviosa, teniendo algunas en su interior vasos de pequeño calibre con su estructura casi inalterada.

El **pallidum**, principalmente en el lado derecho, muestra en ciertos puntos nódulos de células infiltrativas de la sangre, mononucleares, que parecen destinados a la reparación del territorio reblandecido. Las neuronas están en su mayor parte destruídas y las que se pueden ver presentan una franca atrofia senil. Los núcleos de la neuroglia son mucho más abundantes que en condiciones normales.

La sustancia negra **(locus niger)** de Soemmering está ocupada por nódulos raros de aspecto inflamatorio, compuestos de elementos mononucleares junto a un vaso sanguíneo de pequeño calibre.

Las grandes células pigmentadas características de esa región están muy reducidas en número: presentan señales de cromatolisis y degeneración grasosa.

El pedúnculo cerebral, exceptuando el **locus niger**, ya citado, el cerebelo, la protuberancia anular, el bulbo y la médula espinal no presentan alteraciones dignas de mención en lo que se refiere a las células y a las fibras mielínicas.

Conviene decir que investigamos con mucha minucia las placas seniles del Redlich-Fischer por los métodos neurofibrilares de Hortega y Bielschowsky sin resultado.

En resumen: observamos la presencia de movimientos coreicos limitados al miembro superior izquierdo y a la cara del mismo lado en una paciente senil con manifiesta demencia. La autopsia permitió relacionar los movimientos de tipo hiperkinético con una lesión del sistema extrapiramidal, predominantemente del núcleo caudado derecho que presentaba una grande y bien delimitada lesión focal.

Conclusiones.

1.—El corea post-paralítico o post-apopléctico es un síndrome estrio-palidal, casi siempre ligado a lesiones focales vasculares predominantes en el núcleo caudado y el **putamen.**

2.—Es preciso admitir la existencia de localizaciones somatotópicas en los núcleos de la base del cerebro, especialmente en el **striatum**, porque el método anátomoclínico ya suministró pruebas seguras para tal concepto.

3.—Las porciones anteriores del **striatum** corresponden a la localización de la cabeza; el tercio medio al miembro superior y tronco, y el tercio posterior lesionado produce movimientos anormales llamados hiperquinéticos a nivel del miembro inferior.

4.—La sintomatología hiperquinética aparece en el lado opuesto a la lesión, es decir, las vías son cruzadas.

Bibliografía.

Austregesilo (A.) y Gallotti (O.)—Cas de hemichorée et hemiparesie aver lésions du noyau caudé. Rev. Neurologique. 1914.

Austregesilo (A.)—Çlínica Neurológica. I volumen, 1917, p. 315.

Austregesilo (hijo) y Borges-Fortes (A.)—Paraplegia en flexión, coreo-atetosis facial y temblor intencional por reblandecimiento lentículo-caudado. Imprensa médica. Río, 1935, p. 51.

Calligaris (G.)—Il sistema motorio extrapiramidale. Milano, 1927.

Castro (A.)—Notas y observaciones clínicas. Río, 1920, p. 68.

Déjérine (J.)—Sémiologie des affections du systéme nerveux. París, 1914, p. 187.

Hammond (W.)—Maladies du systéme nerveux. París, 1879, Ed. J. B. Bailliére et Fils.

Jakob (W.)—Die extrapiramidalen Erkrankungen. Berlín, 1923, Ed. Julius Springer.

Jakob (A.)—Conferencias de Neuropatología. Brasil Médico, 1928.

Lhermite (J.)—Neurologie. Collection Sergent, tome I, p. 199, París, 1925.

Lhermitte (J.)—Traité de Physiologie normale et pathologique. Tome IX, p. 357, París, 1933.

Marotta (A.)—Los síndromes motores extrapiramidales. Buenos Aires, 1927. Ed. Imprenta Mercatali.

Mingazzini (G.)—Sulla sintomatologia delle lesioni del nucleo lenticolare. Riv. Sper. di Freniatria, vol. XXVIII, fasc. 2-3, 1901-1902.

Mingazzini (G.)—Anatomia clinica dei centri nervosi. Milano, 1927.

Monakow (C.)—Gehirnpathologie.

Vogt (C. y O.)—Zur Lehre der Erkrankungen des striarem systems. Journ. f. Psycol. u. Neurol. 1911, fasc. 18.

Wartenberg (R.)—Zur Klinik und Pathophisiologie der extrapyramidalen Bewegunss-törungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1923, p. 303.

Wilson (K. S.)—Quelques questions neurologiques d'actualité. París, 1923.

Drs. Jorge Ibar B.
y Luis Opazo

Valor diagnóstico de la neumoventriculografía

La presente relación basada en la observación de una veintena de enfermos portadores de un síndrome de hipertensión cerebral es fruto del trabajo de un año y medio ejecutado en la Clínica Neurológica del Prof. Lea-Plaza.

He deseado traerlo a estas Jornadas Neuro-psiquiátricas a pesar de que nuestra experiencia es escasa, en comparación con autores que presentan grandes estadísticas.

Antes de entrar en materia, diré que este trabajo se ha podido realizar debido a que hemos aprendido la técnica más moderna de la neumo-ventriculografía que hoy practicamos en el servicio nosotros mismos y que iniciamos en Septiembre del año pasado con el Dr. Brinck, Jefe de Clínica.

Definición e historia.

Se entiende por neumo-ventriculografía la inyección de aire en los ventrículos cerebrales con el objeto de iluminarlos y hacerlos manifiestos en las placas radiográficas.

Tiene por objeto localizar los tumores cerebrales, especialmente aquéllos que no dan síntomas en foco, vale esto decir, aquéllos en que la sintomatología se reduce a la hipertensión cerebral y a la ceguera más o menos avanzada.

También es de gran utilidad para orientarse en la cuantía de las hidrocefalias y en los tumores que dan síntomas

de localización, porque en estos casos la neumo-ventriculografía ayuda a precisar la profundidad del tumor, proporcionando de esta manera un dato preciso al cirujano llamado a actuar.

La neumo-ventriculografía fué ideada por Dandy en 1918 al examinar unas placas radiográficas de un abdomen inyectado con aire y el fuerte contraste que hacia este gas delimitando los contornos de las visceras lo llevó a aplicar este método a los ventrículos cerebrales.

Resumen anatómico.

Es indispensable recordar en dos palabras la anatomia de la constitución interna del cerebro antes de entrar en materia. Los elementos bañados por el líquido céfalo raquídeo son: los ventrículos y los espacios sub-aracnoídeos, ambos unidos a nivel de los agujeros de Luschka y Magendie. Los ventrículos laterales están comunicados con el tercer ventrículo por los agujeros de Monro. Los ventrículos laterales tienen cada uno tres prolongaciones llamadas cuernos: cuerno frontal, cuerno occipital y cuerno esfenoidal. El 3er. ventrículo se comunica con el cuarto mediante el acueducto de Silvio.

Respecto del sistema sub-aracnoídeo se sabe que baña el complejo cerebro medular, formando en la médula en su parte más inferior el fondo de saco bulbo-espinal y en el cerebro los rivuli, rivi, flumina, y lagos, siendo el más importante la **cisterna magna.**

Técnica de las ventriculografías.

Ante todo debo decir que se practican ventriculografías en nuestro servicio con ayuda de los servicios quirúrgicos, desde hace varios años, pero sólo desde el año 35 las ejecutamos nosotros mismos en nuestra clínica.

Existen tres vías de acceso a los ventrículos: la vía lumbar o indirecta, la vía occipital de Dandy y la vía fronto-pariental por punción del cuerpo calloso.

La vía lumbar ya en desuso, se ejecuta practicando la punción lumbar e inyectando por la aguja una cantidad de aire no menor de 80 cc. La sustitución del líquido céfalo raquídeo se hace poco a poco, reemplazándolo por una cantidad un poco mayor de aire. Este asciende rápidamente por su menor peso específico hacia los espacios sub-aracnoídeos del cerebro. A medida que va desplazando al líquido termina por entrar al sistema ventricular por los agujeros de

Luschka y Magendie. Una modificación de esta técnica consiste en hacer la punción sub-occipital, inyectando por ese punto el aire.

Si bien es cierto que este método se practica aún para delimitar los contornos de las circunvoluciones en la esquizofrenia y en la parálisis general no está excento de inconvenientes y aun de accidentes graves. Su principal dificultad consiste en la enorme cantidad de aire que debe inyectarse para obtener imágenes nítidas de los ventrículos; por otro lado, los pacientes se quejan de fuertes cefalalgias y raquialgias, conociéndose también casos de muertes súbitas en casos de tumor de la fosa posterior.

Vía Occipital.—Esta es la vía ideada por Dandy. Consiste en practicar un agujero de trepanación a dos traveses de dedos por fuera y arriba de la protuberancia occipital externa, en busca de los cuernos occipitales puncionando la dura y la masa cerebral con una aguja corriente de punción lumbar.

Tiene este método la ventaja de que se inyectan directamente los ventrículos los que son muy accesibles en caso de hidrocefalia, pero cuando éstos son normales o están afectos de poca dilatación, es muy frecuente no dar en el blanco. A mi entender, esto se debe a la conformación especial del vértice posterior del cuerno occipital, el que está dirigido hacia atrás y adentro y cuyas paredes se acercan más y más, de tal manera que la aguja las atraviesa como las paredes de una vena. He visto muchas veces puncionar repetidamente en busca del cuerno occipital sin ningún resultado. Se comprende que un método como el aludido no sea inocuo abonando esta idea algunos casos de parálisis producidas a consecuencia de la punción occipital.

Vía frontoparietal.—Esta es nuestra vía de acceso de elección. Rasurado el enfermo, hacemos un agujero de trepanación a tres traveses de dedo de la implantación anterior del cabello y a dos cm. de la línea media hacia la derecha, calculando el sitio de la sutura fronto-parietal o bregma. Teniendo la duramadre a la vista clavamos la aguja hacia abajo y un poco atrás hasta dar con el cuerno frontal.

Debo decir que es regla que la aguja caiga en el ventrículo y esto se explica por la particularidad anatómica que el cuerno frontal ofrece a la aguja por debajo del cuerpo calloso una extensión de varios centímetros.

La simple punción nos dá con mucha frecuencia la medida, por decirlo así de la hidrocefalia, pues con cierta práctica según sea la profundidad a que obtenemos líquido, es

dable apreciar la mayor o menor diltación ventricular, con otras palabras: a menos penetración de la aguja hasta hacer manar líquido, mayor dilatación ventricular y viceversa.

En otras oportunidades la punción en blanco ejecutada por esta vía nos ha demostrado la presencia de un tumor que rechazaba el ventrículo objeto de la investigación.

La vía frontoparietal respeta la zona motora y como la punción se ejecuta a derecha pone a salvo la zona del lenguaje.

La cantidad de aire que nosotros inyectamos es de 60 a 100 cc. y estimamos que con menos no se pueden obtener buenas radiografías. ¿Qué manifiesta el paciente durante la inyección de aire? En la mayoría de los casos solo acusa un ruido en los oídos que es la traducción de la irrupción del aire en la cavidad ventricular. En los primeros momentos no se queja de cefalalgia, esto solo ocurre al final de la intervención cuando la inyección de aire sube de 60cc. Es curioso observar como los enfermos afectos de grandes hidrocefalias toleran una cantidad alta de aire sin presentar molestias de importancia.

Los autores señalan como accidentes inmediatos: el síncope, el ictus apoplectiforme y la muerte súbita. Felizmente hemos tenido la suerte de no presenciar este accidente en la mesa de operaciones. Debemos decir si, que uno de nuestros pacientes se nos agravó después de la neumoventriculografía, falleciendo a consecuencias de un tumor del cerebro del que era portador.

Como accidentes tardíos hemos observado: la fiebre, la meningitis aséptica y el coma.

Respecto del estado meningeo que en ciertos casos sigue a la inyección de aire debo señalar a dos enfermas L. O. y E. F. que presentaron este cuadro clínico caracterizado por rigidez de la nuca, actitud en gatillo de fusil y un embotamiento psíquico vecino del coma durante 4 a 5 días. Este estado regresó poco a poco recobrando las enfermas su lucidez anterior.

Practicada una punción lumbar en una de ellas la leucocitosis subió a 1800 x mm. cúbico.

Antes de entrar a estudiar las radiografías quiero referirme a **la radioscopía en relación con la inyección de los ventrículos.**

¿Puede la radioscopía ponerse al servicio de la Neurología para ubicar los tumores del cerebro? Creemos que la respuesta debe ser afirmativa pues observar los ventrículos inyectados a la pantalla tiene la similitud de ver un cora-

zón palpitar o un estómago contraerse ante los ojos del observador.

Llevados por esta curiosidad ya en varias ocasiones con el Dr. Ricci, radiólogo, hemos observado los ventrículos en la pantalla pudiendo comprobar la permeabilidad de los agujeros de Monro y en un caso G. P. su impermeabilidad. Cuando los agujeros de Monro son permeables al inclinar la cabeza del paciente para los lados se observa que los ventrículos se comunican y el aire pasa del más declive al más alto como lo hace un reloj de arena con su contenido.

Estos sencillos datos nos demuestran cuán necesaria es la colaboración del radiólogo con el neurólogo en el diagnóstico y localización de los tumores del cerebro y como hay un campo virgen que explorar en lo que se podría llamar la ventriculoscopía.

Antes de abordar la interpretación de las neumoventriculografías creo que es necesario que dediquemos unas pocas palabras a analizar el valor diagnóstico de las radiografías en relación al diagnóstico de los tumores del cerebro.

¿Pueden las radiografías simples orientarnos para hacer un diagnóstico de tumor del cerebro? A este respecto Dandy en colaboración con Heuer ha llegado a las siguientes conclusiones:

1) La radiografía del cráneo es una ayuda valiosa para el diagnóstico de tumor del cerebro. 2) Los tumores no calcificados no proyectan sombras en las radiografías a menos que el tejido tumoral haya invadido los senos accesorios. Puede hallarse la excepción en las lesiones de la hipofisis que son vistas por contraste contra la fosa temporal obscura. 3) Los tumores calcificados o tumores óseos proyectan sombras que se reconocen fácilmente. 4) Los signos de presión intracraneana, ensanchamiento del cráneo, separación de las suturas óseas, atrofia general y destrucción de la silla turca tienen un valor considerable para diferenciar el tumor cerebral de las lesiones subtentoriales. Una hidrocefalia interna acompaña generalmente las neoplasias de la fosa craneana posterior.

Es necesario recordar que la destrucción de la silla turca es un fenómeno de presión general especialmente para el diagnóstico diferencial entre tumor supraselar y tumor cerebeloso en sujetos ciegos.

5) Las alteraciones locales del cráneo debidas a tumores cerebrales tienen un gran valor para el diagnóstico de las lesiones de la hipofisis o supraselares. La combinación de trastornos oculares característicos con la destrucción o en-

sanche local de la silla conducen al diagnóstico en un grado más positivo.

6) La hipertrofia local del cráneo, así como la atrofia, se observa en el 6% de los casos. 7) La situación y aparición características de las sombras consecutivas a la calcificación del cráneo deben tenerse presentes. 8) En el 45% de los pacientes la radiografía ha logrado un diagnóstico real.

Entre nosotros la estadística no es tan brillante y solo se ha hecho un diagnóstico seguro en caso de tumores infiltrados de cal, lo cual ocurre en un porcentaje bajo.

Interpretación de las neumoventriculografías.

He aquí el punto más difícil de nuestro tema y a la vez decisivo si se hace en forma correcta. La interpretación de las neumoventriculografías exije ante todo conocer a fondo la anatomía normal y patológica del cerebro.

Antes de pasar revista a las imágenes anormales proporcionadas por el método veamos cuáles son las normales:

Cuernos frontales. Obtenidos en posición nuca sobre placa. Se asemejan a las alas de una mariposa en que el cuerpo fuera el septum lucidum y limitadas por arriba por el cuerpo calloso.

Cuernos occipitales. Se obtienen en la posición frente placa. Tienen la forma de dos arcos cuyas cuerdas miraran hacia abajo y adentro.

Las laterales permiten ver las tres prolongaciones.

En cuanto al tercer ventrículo, acueducto de Silvio y 4º ventrículo solo los hemos podido ver con fuertes inyecciones de aire.

Respecto de las imágenes anormales obtenidas en las neumoventriculografías son de varios órdenes: a) aumento general de los ventrículos. Esto se ve de preferencia en los tumores de la fosa posterior y se explica por la presión ejercida sobre la vena de Galeno; b) desviación. Es frecuente la desviación de las imágenes por la presencia de un tumor que rechaza un o los ventrículos en su expansión. Para la correcta interpretación de estas imágenes es necesario que las radiografías nuca/placa y frente/placa sean perfectamente centradas para así poder apreciar su simetría o su desplazamiento; c) falta de llenamiento. Se produce cuando un tumor invade o comprime una prolongación ventricular, ej. G. P. y A.N. En otras oportunidades una técnica deficiente puede conducir al error diagnóstico, ej. Ernestina Flores, en que un ventrículo no se iluminó por no movilizar la cabeza de la enferma en forma adecuada. Repetida la

radiografía se pudo comprobar que el ventrículo era permeable.

Respecto de la interpretación de las imágenes laterales debemos reconocer que presenta dificultades y que no es posible pronunciarse sobre ellas a no ser que estén bien inyectadas.

La corta experiencia de nuestros casos nos ha demostrado que la técnica debe tender a la estandardización sobre las siguientes bases: 1) tomar 4 radiografías mínimum en las posiciones fundamentales ya descritas; 2) antes de comenzar a impresionar las placas mover la cabeza del paciente para un lado y otro con el objeto de difundir en forma igual el aire; 3) al impresionar las radiografías laterales esperar por lo menos 5 minutos para que el aire se desplace de un ventrículo a otro; y 4) por fin tomar las radiografías siempre en la misma posición.

Conclusión.

La neumoventriculografía es una ayuda utilísima en el diagnóstico y localización de los tumores del cerebro. Si bien es cierto que tiene algunos inconvenientes estos no deben ser obstáculo para que se ejecute en los cuadros de hipertensión en que se sospecha un tumor cerebral. Solo las imágenes captadas con una buena cantidad de aire y ejecutadas con una buena técnica nos permitirán una buena interpretación. De esta manera podremos confirmar nuestro diagnóstico y ubicar un tumor que de otro modo hubiese permanecido inaccesible a la localización y por ende a la intervención quirúrgica.

SEGUNDO TEMA OFICIAL:

Concepto psicopatológico y delimitación clínica de la Demencia Precoz.
Relación del Prof. Honorio Delgado.

Psicosis y Demencia esquizofrénica. — PROF. GONZALO BOSCH Y DRES. CARLOS R. PEREYRA Y EDUARDO KRAPF.

Catatonía experimental en el perro producida por los extractos de toé.— DR. CARLOS GUTIÉRREZ NORIEGA.

Tratamiento de la Demencia precoz por la malarioterapia.—DRES. JOSÉ HORVITZ Y OCTAVIO PERALTA.

Demencia precoz y sistema neurovegetativo.—DR. EDUARDO BRÜCHER.

Prof. Honorio Delgado

Catedrático de Neurología y Psiquiatría en la Universidad de San Marcos de Lima:

Psicopatología y delimitación clínica de la esquizofrenia

1. De acuerdo con lo que hoy se sabe en materia de psicopatología de la demencia precoz o esquizofrenia, el orden más apropiado para el examen de lo que le es característico nos parece el correspondiente a las funciones, comenzando por las más diferenciadas y susceptibles de descripción para terminar con las de fondo. Lo seguiremos en nuestra exposición, sin perjuicio de completarlo con la consideración de los conceptos eficaces para el esbozo de una explicación sintética, en los aspectos estructural, dinámico y causal — incluso la relación de lo anímico con lo corporal.

Los desórdenes propios de la esquizofrenia en el campo de la percepción son varios, algunos de ellos casi específicos. La percepción de las cosas aparece alterada, sobre todo durante la actividad del proceso; pálida, mediata, lejana, casi irreal, como si se interpusiera una muralla impalpable entre el sujeto y el mundo, pero en realidad esta **extrañeza del mundo de la percepción** no implica una perturbación ni de la excitación ni de la sensación, tal vez ni de la percepción misma, sino del aspecto personal de ésta, del modo como la vive el yo. Esto no excluye que puedan presentarse parestesias y otros desórdenes de la sensibilidad, orgánicamente condicionados, que sirvan de base a manifestaciones elaboradas, las más simples de las cuales serían las ilusiones. Empero, lo que tiene una importancia particular en la esquizofrenia son las alucinaciones.

Las alucinaciones que se presentan son simples — sensaciones elementales — y mayormente complejas — contenidos de estructura más complicada — y a veces comprometiendo simultáneamente distintos territorios sensoriales. Las del gusto y el olfato — que no se puede asegurar que sean más que ilusiones — aunque frecuentes en esta psicosis, no se destacan a causa de su ordinaria pobreza. Las del tacto, la quinestesia y la cenestesia son mucho más aparentes y de entidad para los enfermos, que las experimentan de varias maneras, en particular como agentes físicos de acción penosa. Las sensaciones sexuales juegan aquí un papel privilegiado. Las pseudopercepciones visuales son de forma varia, particularmente en el período agudo de la enfermedad, no rara vez como visiones grandiosas o terribles, o simplemente de escenas que se desarrollan en el espacio tridimensional, o en las superficies, como película cinematográfica, o en un ámbito difícil de localizar o, en fin, en el "espacio interior" o subjetivo. De modo que tendríamos tanto verdaderas alucinaciones en el sentido de Jaspers — lo que no aceptan hoy Schraeder, C. Schneider y otros — o sea pseudopercepciones con todos los atributos de la percepción normal, cuanto pseudoalucinaciones, con la mayor parte de los atributos de las representaciones y con sólo corporeidad y localización en el espacio — propios de la percepción — y hasta con sólo corporeidad. Incluso la misma corporeidad, según Gruhle, es susceptible de grados, de la misma suerte que lo son las cualidades de los objetos percibidos — desde la máxima claridad y riqueza de la figura hasta su imprecisión y pobreza extremas — y la proximidad al yo — desde la mayor plenitud personal de la percepción hasta la de extrañamiento y el automatismo.

Consideración especial requieren las pseudopercepciones acústicas y verbales del esquizofrénico. Además de los sonidos ilusorios o alucinatorios y de las "voces" que pueden tener los caracteres de las alucinaciones verdaderas (se duda de su existencia) y de las pseudoalucinaciones y que el enfermo puede en uno y otro caso tomar ora como realidades, ora como fenómenos especiales, tenemos como peculiares de esta enfermedad el **eco del pensamiento** y el **pensamiento que se hace sonoro**, que se convierte en voz. Así, en esta esfera, donde se confunde la percepción auditiva, la palabra interior y el pensamiento, podemos distinguir tres formas principales de desorden: 1º alucinaciones y pseudoalucinaciones psicosensoriales, 2º ilusiones verbales psicomotrices (cuando el enfermo ejecuta movimientos automáticos de articulación), 3º estados pseudoalucinatorios en que el pensamiento y la palabra se hallan más o menos enaje-

nados del yo. En este campo, como en los demás de la percepción, los desórdenes están relacionados con toda la vida mental del sujeto, especialmente con el pensamiento: las pseudopercepciones alimentan las ideas mórbidas y éstas, a su vez, alteran la percepción. En todo caso, la contaminación por el contenido presupone un desorden primario de la función. Las posibilidades de relación entre lo normal y lo anormal de las esferas de la percepción y el pensamiento son las siguientes, según el cuadro de Kopp — que con Gruhle, consideramos correcto: 1º sensaciones reales, aprehendidas normalmente e interpretadas de manera morbosa; 2.º sensaciones reales aprehendidas anormalmente e interpretadas de manera morbosa; 3.º sensaciones alucinatorias normalmente interpretadas; 4.º sensaciones alucinatorias interpretadas de manera morbosa; 5.º sensaciones engendradas por delusiones.

El carácter distintivo de las pseudopercepciones del esquizofrénico, señaladamente las voces y manifestaciones semejantes, que el sujeto las experimenta de modo más o menos definido, **como si fuesen hechas**; extrañas al yo, las sufre pasivamente, de manera distinta a las percepciones normales, como formaciones parásitas, indeseables y desagradables, en diversos grados, hasta lo horrible. Aunque la forma verbal es la más frecuente, se presentan también alucinaciones corporales, visuales etc. con el mismo carácter — lo cual depende sin duda de condiciones individuales. Cuando se trata de voces, el paciente puede oirlas incluso localizadas en el propio oído o en diversas partes de la cabeza o del cuerpo. En estos casos el esquizofrénico suele distinguirlas de las voces exteriores (reales) diciendo que proceden del propio cerebro y que de allí se dirigen al oido externo, etc. En resumen, las pseudopercepciones genuinamente esquizofrénicas se distinguen por ser experiencias que el sujeto vive sin asumirlas o sin poder asumirlas en su existir autónomo.

2. El pensamiento ofrece en la esquizofrenia desórdenes muy particulares, aunque no constantes. Además de la incoherencia propia del pensamiento embrollado o confuso, frecuente también en otras psicosis, tenemos un conjunto de anormalidades de la ideación genuinas de esta enfermedad, que no siempre se reunen, el cual se conoce con el nombre de pensamiento esquizofrénico. A pesar de ser muy estudiado, no poseemos todavía una nomenclatura completamente satisfactoria, pues a las dificultades inherentes a la investigación de la mentalidad del esquizofrénico, se agrega

la de deslindar lo primario y propio del pensamiento de lo que se debe a la alteración de otras funciones.

Aquí seguiremos un plan que ya hemos probado, sin pretender establecer cual es lo primero, cual lo secundario —tarea realmente todavía imposible, como lo demuestra la discordancia de opiniones entre los más eminentes conocedores de la materia.

El nombre de "esquizofrenia" entraña una de las características más saltantes del pensamiento esquizofrénico: la **discordancia.** No es precisamente una perturbación autóctona del mecanismo de asociación de las ideas, según creía Bleuler — a quien como es sabido, se debe este término y el de esquizofrenia. Es una perturbación más profunda: si los pensamientos se actualizan sin consecuencia lógica ni intuitiva no es por que falten meramente las vinculaciones automáticas, sino también las activas, los actos conjuntivos, la normal aprehensión de relaciones. Así, los pensamientos emergen dislocados, sin selección ni concierto, sin estructura ni finalidad manifiesta: mezcolanza de conceptos, ensalada de palabras. Como dice uno de nuestros enfermos, "carencia absoluta de ideas centrales... y de ruta a seguir".

La **ambivalencia,** que Gruhle considera desviación cualitativa de los impulsos, se caracteriza en la esfera intelectual por la coexistencia de juicios que se excluyen respecto del mismo sujeto, simultánea afirmación y negación, coincidencia actual de los opuestos en el mismo substrato. Acaso la **perplegidad** de los esquizofrénicos es, por lo menos algunas veces, expresión de las condiciones internas propias de la ambivalencia: así lo juzga Carl Schneider. Algo semejante pasa con lo que llamamos la pérdida o disolución del significado de conceptos y palabras, una de cuyas formas sería la **condensación,** señalada primero por Freud en los sueños: los pensamientos que se presentan simultáneamente en la conciencia fusionan su significación o adquieren nueva referencia, quedando uno solo como representante de todos. Otra forma sería la inversa, **disyección** o distribución del significado de un concepto en otros diferentes, de suerte que la referencia se hace de manera ilógica, pero semejante a la abstracción, con la diferencia que para expresarse una idea se requiere la presencia de varios conceptos u objetos, que son como sus miembros complementarios (y representativos). Otra forma es la adjudicación a un ser, a una idea o simplemente a una imagen o palabra de un significado meramente circunstancial y arbitrario, que se pierde acaso inmediatamente, sustituído por otro muy distinto.

La mentalidad del esquizofrénico es pródiga en mani-

festaciones del pensamiento precategorial o primitivo, en que lo propio del mundo interior se confunde o identifica con lo de la realidad externa, en que el aspecto pático de la experiencia predomina sobre el gnóstico. El esquizofrénico ofrece, en efecto, muestras en que es evidente el **simbolismo arcaico**: intuiciones y fantasías, más o menos disgregadas, más o menos relacionadas con los sentimientos del sujeto, caracterizadas por entrañar una relación secreta de las cosas o un sentido a la manera de los sueños, los mitos, la poesía. Las construcciones simbólicas de los esquizofrénicos se expresan en estructuras complejas donde tienen parte las pseudopercepciones, los sueños, las ideas delirantes etc. Además de ser arcaico el simbolismo del esquizofrénico es individual—estos dos caracteres, según Jelgersma, lo diferencian del histérico que es convencional y para afuera.

El **autismo**, que figura entre los síntomas principales de la esquizofrenia, nos parece susceptible de ser involucrado entre las manifestaciones del pensamiento precategorial. No se puede negar su relación con el sentimiento de extrañeza frente al mundo y no es del todo desacertado suponer que depende de él. Sumirse en el propio mundo interior puede ser una consecuencia de la incapacidad de insertarse en el externo. Así interpreta Frostig el autismo: pérdida de contacto con el ambiente como resultado de la incapacidad momentánea o duradera de participar en las normas colectivas del pensamiento humano normal. Lo esencial, incluso para las demás manifestaciones del pensamiento esquizofrénico, sería, pues, "la impotencia para actualizar las estructuras colectivas y las convicciones que les corresponden". Nos parece que Frostig tiene razón sólo en parte, pues la impotencia actual para aprehender el espíritu objetivo y los conceptos consuetudinarios explica únicamente la condición, en cierto modo negativa, del autismo, no la positiva y productiva: el contenido y la desfiguración especiales del pensamiento autístico, la irrupción de impulsos vigorosos y la manifestación de algo semejante a lo que los psicoanalistas llaman la omnipotencia de las a lo que los psicoanalistas llaman la omnipotencia de las ideas, o sea el poder mágico del pensamiento y la expresión personal.

Afín al simbolismo y acaso condicionado por el autismo, la **reificación** o **concretismo de lo espiritual**, consiste en atribuír materialidad a lo inmaterial, sobre todo al pensamiento, en dar un sentido literal a las metáforas, en percibir alusiones en aquello que carece de virtualidad significativa y también en tomar las expresiones y símbolos, no

como algo representativo, sino como ser mismo, último, inmediato.

Con la **participación en el alma ajena y en el ser de las cosas**—última de las variedades del pensamiento precategorial que consideramos—tenemos una de las manifestaciones más patentes de la quiebra de la crítica en lo que respecta a los límites entre el yo y el no yo. Aquí obra también el autismo, así como los "mecanismos" que los psicoanalistas denominan proyección e introyección, o sea, respectivamente, el hecho de atribuír a cosas y seres del mundo exterior procesos y particularidades de la propia alma y, viceversa, incorporar en el mundo interior lo perteneciente al externo.

Manifestaciones esquizofrénicas por excelencia son las que implican no sólo la creencia en el concretismo del pensamiento propio sino la posibilidad de que él sea percibido, influído, compelido y gobernado directa o indirectamente por otras personas o entidades, con independencia o desmedro de la voluntad del enfermo; o, simplemente, que las ideas se escapen, se escurran, se esfumen, se pierdan; el esfuerzo para aprehenderlas o para seguir hacia un fin, falla, se frustra a causa de su autonomía respecto del yo, acostumbrado a manejarlas y servirse de ellas de manera inmediata, espontánea y constructiva. Dicho de otro modo, los datos de la experiencia intelectual, el contenido actual o potencial de la conciencia se sustrae al gobierno monárquico del yo, se aleja, se aliena, se despersonaliza. Formas extremas y típicas de este desorden son: **los pensamientos hechos o introducidos**, que el esquizofrénico, aunque reconoce que determinadas ideas se manifiestan en su espíritu y se hallan en su cerebro, como las demás, considera que provienen de afuera, que tienen origen ajeno; **la substracción** del pensamiento, fenómeno regido por la convicción de que los demás se apoderan activamente del contenido de la mente del enfermo sin que él llegue a formular o a expresarlos; **la publicación del pensamiento**, en fin, corresponde a la conciencia de que las propias ideas se hacen patentes a los demás, sea directamente, sea con artificios usados por éstos. Tal desorden se parece al anterior y tiene modalidades de transición respecto de él, así como aproximaciones al pensamiento que se hace sonoro y al eco del pensamiento, que hemos señalado entre las pseudopercepciones.

Entre las modalidades más definidas del curso del pensamiento en los esquizofrénicos figuran las siguientes. El **bloqueo, obstrucción o detención**, consiste en una interrupción brusca, de variable duración, pudiendo interpretarse como consecuencia de las mismas causas del escape

del contenido a que hemos hecho referencia, cuya forma extrema llevaría a la producción del vacío en la labor intelectual, al cesamiento de la emergencia de datos en el seno de la conciencia. La **incontinencia** o **erupción de ideas** o **pensamientos en tropel,** que se diferencia de la fuga de ideas por su manifestación comunmente episódica y por su carácter disgregado, sin asociaciones fonéticas, salvo que se contamine de verbigeración. La **perseverancia** o **estereotipia,** consisten en la repetición de las mismas ideas.

En la esfera intelectual tiene manifestaciones el estilo esquizofrénico tan típicas como las similares del campo de la acción. Se destaca el **amaneramiento,** que cuando se muestra acentuado toma la forma de pedantería, formalismo, geometrismo, más o menos vacíos de sentido y correspondientes a intenciones sutiles, cabalísticas o que pueden parecer muy naturales al enfermo en su juzgar insensato. La **extravagancia** es asimismo frecuente en el pensamiento esquizofrénico y se confunde en parte con el amaneramiento por lo artificioso del desorden de las ideas, unidas a menudo de manera chocante, que da la impresión de cosa necia, ridícula o grotesca. Por este carácter de enormidad con sello particular incluimos tal manifestación entre las inherentes al estilo esquizofrénico, el cual parece expresar un obscuro apremio de actitud adecuada, que falla por la carencia de base efectiva y actual del ser vencido por la experiencia desarticulada y discordante del enfermo. Esto no obsta para que los esquizofrénicos inteligentes puedan mostrar cierta espiritualidad delicada y llena de intención, sarcástica a las veces.

Terminamos la revisión de los desórdenes del pensamiento con lo atañedero al juicio. En algunas de las desviaciones antes señaladas se muestra la falla del juicio, pero esta tiene su forma típica en el pensamiento delusional o delirante. La sintomatología esquizofrénica nos ofrece tanto **delusiones** o **delirios primarios,** de origen incomprensible y sólo explicable suponiendo cambios profundos en la personalidad, cuanto **ideas delusivas** o **delirantes,** comprensibles genéticamente, motivadas por otras experiencias anímicas y por las vicisitudes del destino personal. Con relación al contenido, predominan en la esquizofrenia los juicios mórbidos de referencia, de influencia (sobre todo con fuerzas físicas o misteriosas y con aparatos), de persecución, de alcurnia (a veces puramente negativa: negación de la paternidad), de grandeza, eróticos, hipocondríacos, de transformación cósmica o personal. En lo que atañe a la forma, se presentan tanto la disgregada como la sistematizada, la fantástica como la explicativa o la de interpreta-

ción. Por último, respecto a la dirección tenemos todas las variedades, siendo dignas de señalarse por su frecuencia y acentuación la metamórfica y la palingnóstica o retrógrada (alucinación del recuerdo). Para Gruhle es patognóstica de la esquizofrenia la verdadera delusión— establecimiento de relaciones sin motivo—, que no excluye ciertamente la experiencia de peligros vitales como factor necesario para la fórmula en que se cristaliza. El mismo investigador distingue cuatro modalidades en la actitud del enfermo en sus delusiones: 1º el paciente no nota cambio alguno en los acontecimientos exteriores, sólo advierte o barrunta claramente —sin poder dar pruebas—que algo le atañe; 2º el enfermo adjudica lo extraordinario, de que tiene conciencia, al objeto exterior; 3º el enfermo mismo se siente copartícipe del cambio, de manera especial, y encuentra las fórmulas más peregrinas para la descripción (a menudo se reunen las modalidades 2a y 3a); 4º el enfermo advierte o barrunta primeramente que algo significa algo, pero él mismo no está comprometido en ello.

No podemos dejar el tema del pensamiento sin referirnos al problema de la decadencia intelectual, que le ha valido el nombre que debemos a Morel: **demencia precoz** (1860). Alfons Maeder (1910) ha sido el primero en rechazar categóricamente el concepto, afirmado que "la llamada demencia no es más que una apariencia". Salvo casos de una "catástrofe" esquizofrénica (sobre todo catatónica con fuertes síntomas orgánicos), la inteligencia como disposición formal, como facultad, permanece intacta aunque el sujeto no se sirva de ella o no tenga interés en servirse de ella, como lo demuestran las frecuentes sorpresas que nos dan pacientes en apariencia totalmente deteriorados durante años que, con motivo de una enfermedad intercurrente u otra circunstancia extraordinaria, muestran un discernimiento perfecto. De suerte que en los casos dudosos mejor es hablar de un **déficit pragmático**, como sugiere Minkowski, que de demencia o **Verblödung**.

A manera de resumen diremos que si se pudiese sintetizar en términos generales lo que distingue el pensamiento esquizofrénico, señalaríamos como notas dominantes de su esencia las tres siguientes: descabal el contenido concreto. frustráneo el aliento de la función activa, impersonal y mediata la substancia primaria.

3. El sentimiento tiene en la esquizofrenia desviaciones triviales, de las que no trataremos, y características. La más frecuente de éstas—aunque no exclusivo de nuestra psicosis— es el estado de ánimo o impresión de sentirse

distinto, otro, decaído cualitativamente, sentir el mundo exterior, las cosas etc., con esos caracteres u otros semejantes. Si es más definido, entonces toma las propiedades del **sentimiento de extrañeza,** cuya forma transitiva hemos señalado al principio: pérdida de la simpatía para los seres, pérdida de contacto afectivo con la realidad, en veces con cierto matiz de angustia, casi siempre de malestar. Diferente de este estado es la **apatía,** que tiene grados, desde la simple indiferencia afectiva hasta la completa aniquilación de los sentimientos. Mientras que el de extrañeza es positivo sentimiento de experimentar lo externo y el propio ser de otro modo, aunque sea empobrecido emocionalmente, la apatía es la pobreza misma o falta de sentimientos. Se comprende que no sean raras las manifestaciones intermediarias. El **sentimiento de anafectividad** corresponde a la falta de conciencia o de aspecto subjetivo de los estados afectivos, incluso de las emociones, no obstante que los enfermos expresan sentimientos reales, incluso vivos y actúan como si los viviesen. La **ambivalencia afectiva** o **ambitimia** consiste en experimentar simultáneamente sentimientos opuestos; no es exclusiva de la esquizofrenia, pero en ella tiene su mayor acentuación. La sucesión de sentimientos opuestos o **inversión de los afectos** es frecuente en la psicosis que nos ocupa, pero lo es también en otras.

Consideración aparte requieren las manifestaciones de la proyección afectiva morbosa, cuyas formas más rudimentarias se confunden, por una parte, con la simple **Einfühlung** anormal así como con la participación en el ser ajeno, por otra, en sus modos más diferenciados, con los desórdenes del pensamiento que entrañan alienación del contenido intelectual. Nos referimos a los sentimientos de imposición y de privación. El **sentimiento de imposición** corresponde a la impresión vaga de que la propia conducta, el estado corporal y la vida interior —o sólo ciertos aspectos de estos territorios de la experiencia— no dependen de la espontaneidad normal ni de la propia voluntad, sino que son determinados o forzados por alguien o por algo exterior. El **sentimiento de privación** se produce como estado de conciencia penoso y no consentido, en que domina la impresión de ser desposeído de diversas posibilidades de la vida interior, sobre todo de satisfacciones y goces. Como se comprende, tanto el sentimiento de imposición como el de privación, de ordinario preceden, respectivamente, a los pensamientos hechos y a la substracción del pensamiento o se asocian a ellos. Otto Kant considera un **sentimiento de influencia,** que surgiría de la oposición de dos tendencias: de afirmación de sí y de entrega de sí y, como la ambivalencia,

tendría siempre el significado de mecanismo de defensa, en el sentido psicoanalítico.

En resumen, la vida afectiva del esquizofrénico tiene como caracteres predominantes, desde el punto de vista subjetivo, la presencia del sentimiento fundamental de estar cambiado, desde el punto de vista del observador, el ser impenetrable, inaccesible. Acaso la detracción afectiva de la realidad es el hecho primario.

4. El instinto muestra anormalidades en la esquizofrenia, acaso de una importancia fundamental, pero su conocimiento es todavía rudimentario. Los diversos impulsos y tendencias sufren manifiestas alteraciones, sobre todo los propios del instinto de conservación y del sexual: el enfermo puede permanecer por tiempo indefinido sin comer ni beber o, por el contrario, es bulímico o propenso a las alteraciones cualitativas del hambre: rumiación, geofagia, coprofagia, etc. El instinto de protección y defensa también muestra anormalidades: insensibilidad a los rigores de la intemperie, propensión a hacerse daño, a la automutilación, indiferencia a las agresiones, etc. El instinto social muestra merma notable —primaria o secundaria— consistente en la indiferencia hacia los demás, así como manifestaciones de odio y agresividad incondicionadas y ciegas o desproporcionadas con los motivos. La conducta muestra igualmente que los instintos espirituales se alteran y, sobre todo, se embotan o se esfuman.

Pero lo más importante es que con el proceso esquizofrénico se produce una verdadera revolución en las tendencias instintivas, como si se pusiera a descubierto toda una región oculta de la vida anímica, la esfera titánica de las profundidades. Surge a la conciencia un tropel de impulsos violentos que amenazan la integridad de la persona. Esto lo experimentan los enfermos como acontecimiento terrible, que no hubieran querido jamás vivir y que, cuando lo pueden recordar, evitan con pavor ocuparse de él. Se destacan particularmente los impulsos sexuales y agresivos, a veces unidos o en pugna con creencias mágicas o religiosas, y con terrores o fervores insensatos. Los impulsos sexuales, con todas las formas de perversión, sobre todo la homosexual y la incestuosa, se manifiestan abiertamente o de manera simbólica, prestándose a interpretaciones justificatorias de las teorías psicoanalíticas. En efecto, el estudio imparcial de casos observados de manera prolija demuestra que los productos de la actividad mental —sobre todo las delusiones e ideas delusivas— y la conducta en general de los esquizofrénicos entrañan la actualización de "mecanis-

mos" semejantes a los que Freud reconoce en la elaboración de los sueños. En la esquizofrenia se produce algo análogo a una quiebra de la represión, quiebra que no es total, pues siguen primando en el acontecer anímico contenidos y fuerzas hostiles a la descarga o cumplimiento de los impulsos insurgentes— de ahí el encubrimiento, las formaciones de compromiso, el simbolismo. Pero si hay esto, ello no significa ni que todo ni lo primario de la esquizofrenia consista sólo en un conflicto o reacción psicógena. No significa tampoco que las manifestaciones subconscientes sean meras regresiones interpretables conforme a los esquemas freudianos. Del valor que se debe dar a los síntomas psicógenos de la esquizofrenia trataremos después. Acerca de la índole de su psicomaquia precisaremos aquí, lo más lacónicamente que nos sea posible, nuestro punto de vista. La manifestación de impulsos sexuales perversos, de rechazo del padre, etc., no implican forzosamente que el sujeto cuando niño haya deseado cohabitar con su madre, que haya experimentado rivalidad sexual con su padre, etc., y que esas propensiones suprimidas después hayan permanecido fijadas en la mentalidad subconsciente. Más conforme con la realidad nos parece considerar que, de la misma manera que el despertar sexual de la primera y de la segunda pubertad produce inseguridad, desconcierto y a veces extravíos en la coadunación de lo erótico y lo sexual con un objeto apropiado, la convulsión causada por los cambios primarios de la enfermedad entraña el desgobierno de la experiencia vivida por la supremacía de la sexualidad y la tendencia anexa de los celos, que contaminan y violentan el amor y la sumisión filiales. Si en la pubertad el desvío lleva a veces a la homosexualidad y aun al amor incestuoso más o menos velado, se comprende que la gran subversión de la esquizofrenia, con su peculiar desdiferenciación de las tendencias y con el empuje del instinto sexual, pueda conducir a mayores y más tenaces proclividades. Aquí debemos considerar que se reunen las circunstancias siguientes: 1.º una quiebra de niveles en la actividad anímica, con excitación de la sexualidad, en que dominan impulsos vigorosos y desatados; 2º una afluencia desordenada de tendencias afectivas actuales e inactuales relacionadas con las personas más entrañables de la familia; 3.º tendencias morales del yo espiritual adversas a las enormidades de la concupiscencia; 4.º pérdida de la jerarquía y organización del mundo de la experiencia vivida, de las relaciones y actitudes valorativas y su orden histórico-personal. Todas estas condiciones hacen posible que se realice una fusión o identificación de los sentimientos familiares con los impulsos sexuales: la conciencia, impotente

para afrontar su contenido, funciona de manera deformante, de suerte que, en lugar de discriminar lo independiente —sexualidad y eros familiar— condena los impulsos invasores, se torna maliciosa, favoreciendo así la contaminación y las acciones y reacciones que devienen tanto más enmarañadas e incomprensibles cuanto mayor es la disgregación del pensamiento.

Podemos compendiar lo más significativo del desarreglo de las tendencias instintivas en el proceso esquizofrénico con esta fórmula: emergencia de obscuras fuerzas titánicas a la vez que reanimación desconcertada de actitudes afectivas y valorativas del pasado, manifestándose las infantiles no como infantiles e inocentes sino, adulteradas, como actuales y perversas, a causa de que la conciencia del adulto enfermo reacciona con una mezcla de malicia y grosería, mezcla anexa al espíritu conmovido y violentado en su inserción existencial por la sexualidad desatada.

5. En seguida consideramos los trastornos de la acción —voluntad, psicomotilidad, expresión—, que no sólo consisten en deficiencias y exageraciones parciales, sino en un trastorno general de su economía y gobierno, aparente por lo menos en algunos casos. Los impulsos están exaltados y sin freno en los **actos impulsivos** y en los estados de excitación; probablemente ausentes o neutralizados en el **estupor**; inhibidos o perdidos en el **bloqueo** o **interrupción** de las acciones iniciadas; persistentes o resistentes al cambio en la **catalepsia**; perseverantes en la **ambitendencia**; pasivos y heterónomos en la **sugestividad**, en la **obediencia automática**, en la **flexibilitas cerea**, en la **ecopraxia** y sus análogos; opuestos a la voluntad ajena en el **negativismo** y la **reacción de último momento**. Dependientes directamente de factores orgánicos son sin duda ciertas **aquinesias, hiperquinesias** y **disquinesias**, a menudo con síntomas extrapiramidales. Son demostrativos de ello los casos de aquinesias (rígidas o flácidas) que aparecen y desaparecen de manera súbita, con integridad de la conciencia y de la voluntad en el aspecto de la motivación y de la decisión, que Kloos denomina **estados catapléticos** en esquizofrénicos. Sin embargo, ni estos hechos y otros semejantes ni los de la llamada "catatonía experimental" —fenómenos probablemente de sede muscular—, demuestran que todos los aspectos de la catatonía o todas las catatonías sean de orden exclusivamente neurológico. La observación clínica evidencia, por el contrario, que en algunos enfermos los síntomas catatónicos —como en general toda la vida activa del esquizofrénico— dependen de circunstancias genuinamente psicológicas.

La mímica en la esquizofrenia acusa rigidez y "empobrecimiento del registro motor", que se expresan también en todas las formas de la acción, muy manifiestas en algunos enfermos, como **pérdida de la gracia,** de la holgura y la rotundidad en las actitudes y la conducta. La mímica suele disociarse del pensamiento, expresando lo que no implica el contenido de éste —**paramimia.** Discordancia análoga se presenta con la palabra —**parafrasias** y **paralogias** o lo que se interpreta como tales. Señalemos además las manifestaciones características más definidas: la **verbigeración** o estereotipia de frases, palabras o sílabas, la **ensalada de palabras,** los **neologismos,** las **para-respuestas.** Aunque no se siga a Gruhle en negar rotundamente el origen orgánico de algunas perturbaciones del lenguaje que se pretende reducir al mecanismo de la afasia (Kleist), creemos que en general las anormalidades de esta función son derivadas del desorden de otras funciones o del desorden fundamental, jugando, sin duda, un papel importante las extrañas experiencias propias de la mentalidad esquizofrénica. El enfatismo, la afectación, la extravagancia, el embrollo, que hemos señalado como anexos al pensamiento, se manifiestan con igual frecuencia en el lenguaje (verbal y escrito) y en general en toda la actividad del esquizofrénico.

Condensemos: cuando el esquizofrénico muestra vida activa típicamente esquizofrénica es falto de espontaneidad, modoso a la vez que de movimientos y acciones imprevisibles y abortivos, distante del ambiente y sin embargo, susceptible de ser influido por él tanto de manera pasiva (contagio mental) como reactiva (exquisita vulnerabilidad).

6. La memoria no ofrece en la esquizofrenia más perturbaciones que raras **amnesias** psicógenas y alucinaciones del recuerdo. La atención igualmente no tiene otras irregularidades dignas de mención que la trivial distracción (muchas veces más aparente que real) y la infrecuente **hipermetamorfosis,** o sea el interés perseverante por todas las impresiones que se suceden (reales o pseudopercepciones). La conciencia del tiempo, cuyo estudio se halla en comienzos, tiene indudablemente anormalidades en la esquizofrenia. Según Fischer, la mentalidad esquizofrénica muestra una **desnaturalización del tiempo;** éste en cierto modo se reifica, acaso porque se contamina y se confunde con las cualidades de los objetos de la experiencia sobre todo con la espacialidad de la percepción y la acción. Puede disociarse el tiempo del yo del tiempo del mundo, en dirección y grados variables. Para Minkowski, en el esquizofrénico se suspende en cierto modo la validez del tiempo

y se halla alterada la situación del sujeto tanto respecto del tiempo como del espacio; falla el "yo—ahora—aquí" por incapacidad de presentificación, incluso de manera compleja: como no poder experimentar en el presente lo que es efectivamente propio del ser presente, y reconocerlo como tal **a posteriori** o creer que lo que acontece actualmente ha sido previsto (sentimiento retrospectivo de previsión).

La conciencia, como ámbito de la intencionalidad o de los actos anímicos, ofrece excepcionalmente anormalidades en la esquizofrenia: **embotamiento de la conciencia, estado oniroide, amencia o estado confusional** y **delirio.** Estas perturbaciones son tanto más raras cuanto más comprometen la claridad de la conciencia. Su presencia debe hacer pensar en la posibilidad de desórdenes somáticos, esto es, en una esquizofrenia sintomática—dada su rareza en la genuina. En lo que atañe a la orientación, salvo las raras manifestaciones de desorden secundario (más o menudo sólo aparente), debe señalarse la **doble orientación** o "doble contabilidad" de los paranoides compensados, gracias a la cual no confunden el mundo de la realidad con su mundo delusional, insertándose pasablemente en el primero.

La conciencia del yo sufre en la esquizofrenia la alteración característica consistente en que el sujeto no experimenta como propios, sino como influídos o impuestos, como ajenos o hechos ciertos fenómenos de su experiencia, según hemos visto a propósito de la percepción, del pensamiento, del sentimiento, etc. Esta pérdida de la soberanía del yo respecto del contenido de la experiencia, automatismo mórbido o **dépossesion** como la llaman los franceses, tiene grados que varían al infinito en el campo autóctono de la conciencia del yo—desde una moderada **despersonalización** hasta la **parálisis del yo** (Gruhle), en que, perdido el albedrío, cesa de manifestarse la iniciativa y la propia voluntad como tales, ejecutándose los actos sin participación activa del yo, que se convierte en una especie de espectador de sí mismo. El sentimiento de extrañeza guarda íntima relación con las perturbaciones de la conciencia del yo, y la perplejidad es probable que no sea ajena a su influencia. Incluso el **transitivismo** o atribución a los demás de los propios síntomas, como si fueran proyectados, no es ajeno al desorden de la conciencia del yo. Zutt cree que en los desórdenes de la conciencia reflexiva o personal hay una ruptura de la relación entre el yo y la "actitud interior". Nos parece que hasta hoy no se ha dado el valor que tiene en esto, como en el conjunto de los desórdenes mentales de la esquizofrenia, la erupción de impulsos que hemos señalado al tratar de los instintos.

La personalidad se halla comprometida en su función esencial. El observador y a menudo el paciente mismo notan un cambio radical en el modo de ser del individuo que enferma, no sólo una mengua de la espontaneidad y de la capacidad de reacción, sino también una perturbación cualitativa: rigidez y pobreza, así como incongruencia, desmesura, excentricidad, propensión a lo "anticonvencional". Pierde su naturalidad el comportamiento porque el mundo de la valoración personal, de la motivación, carece ya de estructura unitaria. Gruhle formula las diferencias que existen entre la personalidad total del esquizofrénico y la del hombre normal en los términos siguientes: "Subjetivamente, es el alejamiento interior del prójimo, la soledad esquizofrénica, que se ha designado algo exageradamente y de manera poco feliz como concepción esquizofrénica del mundo. Objetivamente, lo heteróclito, la conducta oposicional del enfermo. Y en la relación con el observador se impone a éste la incomprensibilidad, la inaccesibilidad afectiva del esquizofrénico, igualmente debida al desorden de la motivación (conmoción del sistema de valores)."

7. Con lo que precede podríamos dar por terminada la exposición de la psicopatología de la esquizofrenia. Pero un apremio de síntesis, una necesidad de alcanzar lo esencial y unitario obliga a buscar la clave psicológica del desorden en su conjunto, pues la vida anímica es totalitaria y sus fenómenos o aspectos parciales corresponden sólo a abstracciones metódicas. Al efecto no han faltado fórmulas desde el siglo pasado. Entre las modernas tenemos "la desintegración de la conciencia" de Groos, "la ataxia intrapsíquica o desharmonía entre la noo y la timopsiquis" de Stransky, "el trastorno de la integración" de Bleuler, "la enorme tendencia a la automatización y a la fijación de los complejos" y la semejanza con el mundo de los sueños, de Jung, "la discordancia, síntoma general común" de Chaslin, "el automatismo mental" de De Clérambault, "la pérdida del contacto vital" de Minkowski, "la hipotonía de la conciencia" de Berze y "la perturbación general de la ejecución" de Carl Schneider. Nos detendremos sólo en estas últimas concepciones.

Según Berze, lo irreductible, decisivo y que no podemos alcanzar directamente es la **perturbación fundamental**, de que dependen los **síntomas primarios**, esto es, aquellas manifestaciones que no se puede derivar de otras. La hipotonía de la conciencia sería la perturbación fundamental, que tendría por consecuencia una **insuficiencia de la actividad psíquica**, lo más importante y general del desorden ac-

cesible, el síntoma primario por excelencia. Equivale a "la perturbación del acto" psíquico, de Gruhle, a "la falta de actividad propia" o "alteración cualitativa de la intencionalidad del yo" de Kronfeld y a "la mengua de tensión del arco intencional" de Beringer. También corresponde a "la perturbación general de la ejecución" de C. Schneider, quien por su parte estudia la semejanza entre la esquizofrenia y el estado anímico del durmiente y del sujeto vencido por el cansancio. La perturbación general de la ejecución tendría en ambos procesos los caracteres siguientes: inconstancia, impenetrabilidad, deficiente articulación, vaguedad, imposibilidad de tomar una actitud, escurrirse, substituirse, desviarse, fusionarse, desatinar, plenitud de intuiciones, palidez. La diferencia que Schneider reconoce entre la ejecución del esquizofrénico y la del durmiente es que en el primero la inconstancia de la experiencia vivida pasa al fondo, el desatinar, por el contrario, se destaca, siendo menor el fusionarse los elementos del contenido. Debemos agregar que en la esquizofrenia es posible la autoobservación, lo que no ocurre en el durmiente. Por otra parte, como lo demuestra el trabajo reciente de Sussmann, los ensueños en los esquizofrénicos son distintos de los del hombre normal, en el sentido de que muestran los síntomas de la enfermedad—son esquizofrénicos—lo cual demuestra que existe una diferencia esencial entre estos dos estados anímicos.

La concepción tipo Berze-Gruhle-Schneider-Beringer-Kronfeld ha demostrado su eficacia en las investigaciones de Zucker y Hubert acerca de los cambios en el aspecto funcional o formal del pensamiento esquizofrénico. Estos investigadores han puesto de manifiesto que tanto la tendencia cuyo objeto de intención es el material como la que tiene por objeto de intención el propio yo, fracasan en su orientación hacia el fin, hacia la labor de selección y logro, dejando vacíos que permanecen como tales o que se llenan con materiales adventicios y espurios.

Creemos que el desorden del acto, es decir, el desorden de la función, del "cómo", es esencial en la esquizofrenia, pero no nos parece sin importancia lo que atañe al contenido, al **qué**. Los psicoanalistas exageran, indudablemente, el alcance de la experiencia eventual del sujeto en la dinámica de la esquizofrenia; toman de ordinario como factores patogénicos los que no son más que patoplásticos. Pero es innegable que el contenido de la experiencia del esquizofrénico puede ser decisivo a veces para la evolución de su enfermedad. Por tanto—y en esto nos apartamos del criterio que preconiza Gruhle—el psicopatólogo no sólo debe

limitar su afán inquisitivo a los desórdenes de la función, sino que debe atender también al contenido, a la influencia de los acontecimientos. En otros trabajos nuestros sobre la psicología de la esquizofrenia hemos tratado de demostrar esto con la interpretación de casos concretos. Ahora tomaremos materia demostrativa ajena, tanto más valiosa cuanto que se presenta por los observadores sin darle el alcance que le damos. Nos referimos a la observación de Zucker y Hubert en una esquizofrénica y a una auto-observación de Morselli acerca de los efectos tardíos de una experiencia "alucinatoria" condicionada por la intoxicación mescalínica.

El caso de Zucker y Hubert corresponde a una mujer que no conserva de la esquizofrenia sufrida ninguna alteración funcional: las tendencias o actos son normales, pero persisten huellas definidas de la enfermedad en forma de material con sello esquizofrénico. Todos los sitios, personas y objetos con los cuales ha estado en relación durante la fase aguda suscitan en el espíritu de la convaleciente perturbación semejante a la característica de la esquizofrenia. En cambio, cuando se halla en ambiente que no haya sido "testigo" de la enfermedad, se siente perfectamente normal. Es evidente, pues, que se efectúa una contaminación de la función normal por el contenido mórbido.

En el sentido de las ideas de Beringer, Morselli asimila los efectos de la mescalina a los síntomas de la esquizofrenia. No podemos ver en su prueba un caso de "esquizofrenia experimental", como él pretende, pues hay tanta diferencia (o mayor) entre los efectos de tal intoxicación y la psicosis de que tratamos, como la que existe entre ésta y el fenómeno onírico. Damos importancia al caso, desde nuestro punto de vista, porque patentiza que el desfiguramiento de la experiencia por un desorden mental pasajero es susceptible de tener repercusión en la vida mental del sujeto incluso cuando ha pasado el desorden y los efectos somáticos de la causa que lo provoca (en este caso la intoxicación por la mescalina). Entre las muchas y vivas ilusiones que tiene Morselli bajo la influencia del tóxico, se destaca la relativa al personaje de un cuadro de Ticiano, que cobra vida, asume una actitud hostil, provocativa, con gran plasticidad, mueve los ojos y, amenazador, sale del cuadro y abre la boca como para hablar. El experimentador cuya primera reacción conspira a favor de que hable el personaje—sin olvidar ningún momento que éste es ilusorio—, acaba por aterrarse después de lanzarle un insulto. Cuando era inminente la respuesta del personaje, Morselli dirige su atención a otros objetos. Pasado el episodio de la

intoxicación y durante dos meses por lo menos, Morselli es presa de un verdadero síndrome paranoide, que se exacerba de manera extraordinariamente penosa a la vista del cuadro y, eliminado éste, al hallarse en la habitación donde se desarrolló la escena referida. El personaje, en el primer caso, adquiere "una realidad que—según las palabras de Morselli—triunfaba sobre todas las correcciones y todas las objeciones de mi crítica, como si viniese de un mundo secreto, del cual yo mismo hubiese formado parte. Esta sensación de realidad—agrega—me parece hoy tanto más incomprensible cuanto que ningún desorden sensorial la acompañaba (percibía el cuadro de una manera completamente normal); cesaba desde que yo salía de mi departamento, pero no desapareció cuando llevé lejos de ahí el cuadro. ¡Cuántas veces al entrar o a la idea de entrar en la habitación temía encontrar ahí, oculto esperándome, el personaje de mi experiencia, armado y amenazador;—cuántas noches me vi obligado a levantarme e ir a dormir a otra parte! Mientras permanecía en mi departamento, sentía su presencia invisible."

Estos hechos, que tienen toda la fuerza de experimentos cruciales, explican que, según las circunstancias exteriores, los síntomas o complejos de la esquizofrenia y la enfermedad como un todo puedan evolucionar de maneras muy variables, ora atenuarse o "encapsularse" y "compensarse" (Mauz, M. Müller) y curar, ora reforzarse o descapsularse y dominar el cuadro clínico, alienando al enfermo más y más de la realidad y deteriorando por la inactividad sus estructuras potencialmente sanas, corroborando las observaciones hechas acerca de los resultados de la ergoterapia y de la psicoterapia cautelosa de los esquizofrénicos. Sus consecuencias prácticas son evidentes. Mas aquí lo que interesa es recalcar que las manifestaciones psicopatológicas de la psicosis que nos ocupa tienen una dinámica que no justifica una separación radical de factores patogénicos y patoplásticos ni de síntomas procesales o de actividad y síntomas de déficit o residuales—ya que lo patoplástico y residual es capaz de regenerar o crear desórdenes tan activos y de consecuencias como los primarios. En suma, la trascendencia de los hechos mencionados es la siguiente: desaparecido el desorden cerebral, somático, los acontecimientos de la vida mental condicionados por él, obrando ya como fuerzas exclusivamente psíquicas, son capaces de perturbar de modo secundario e intenso la actividad anímica, si colaboran las circunstancias exteriores—esto es, que lo psíquico en tanto que psíquico tiene poder patogénico no desdeñable.

8. La esquizofrenia no es una enfermedad con sólo síntomas mentales. Los tiene también somáticos, aunque apenas característicos y menos frecuentes que los principales de orden psíquico. Ninguno se presenta en todos los casos. ni siquiera en la mayoría. Los más dignos de atención son los pupilares (anisocoria, **spasmus mobilis,** falta de inquietud pupilar); los de la musculautra estriada, que son, además de las disquinesias y aquinesias, ya indicadas la rigidez relativa del volumen de los músculos al pletismógrafo, la asimetría de los diversos reflejos y los síntomas de compromiso extrapiramidal, especialmente en los catatónicos; a estos síntomas se agrega el estasis papilar en los casos de edema del cerebro, que suele ser mortal; acrocianosis, seborrea de la cara, mengua del metabolismo basal, ligera elevación de temperatura, oscilaciones del peso, desórdenes de la menstruación y otros síntomas más raros y variados del sistema nervioso vegetativo y del endocrino. Se señala como frecuente la disminución de la permeabilidad de las meninges. Después de haberse perseguido en vano sintomatología (y etiología) de tuberculosis, se renueva el afán por encontrar transtornos digestivos y lesiones hepáticas. Lingjaerde, gracias a una extensa investigación con 12.000 pruebas, pretende que en el 80% de los esquizofrénicos se presenta insuficiencia hepática. Cramer y otros investigadores no han podido ratificar tal aserto.

Antes de dejar este punto es útil que nos refiramos a la última concepción de Bleuler (1930). Según ella, la esquizofrenia no es una enfermedad psicógena, sino de naturaleza orgánica. La explicación de las lesiones cerebrales como consecuencia de las emociones reprimidas etc.—manera de ver propia de los psicoanalistas—es inaceptable, ya que en las neurosis no se producen. En cambio, no niega Bleuler que en la esquizofrenia se constituyen superestructuras psicógenas y concede que sean legítimamente interpretables según los procedimientos psicoanalíticos. Así, los síntomas de la esquizofrenia son de dos clases: primarios, orgánicos o fisiógenos y secundarios, comprensibles o psicógenos. En el mismo síntoma pueden colaborar lo fisiógeno y lo psicógeno, como es el caso de las alucinaciones: "la falta de control por la disociación de las funciones individuales causa ciertamente la tendencia a oír voces; pero el contenido de éstas es determinado por los complejos". Nos parece que la delimitación entre lo primario y lo secundario es tan arbitraria por lo común como la de lo procesal y lo deficitario, según lo expuesto en el capítulo anterior.

9. Hemos enumerado los principales síntomas corporales que suelen presentarse en la esquizofrenia, a pesar de su escaso valor, con el objeto de completar el repertorio de datos para su diagnóstico. Ahora debemos atender a la segunda parte del tema: la delimitación clínica. Ante todo debemos precisar qué es lo que se trata de delimitar: ¿un síndrome, un tipo clínico, una entidad nosológica? La psicosis que conocemos con el nombre de esquizofrenia no es sólo un síndrome, en el sentido de reunión de síntomas correlacionados y nada más, ya que los síntomas de la esquizofrenia—o **síndrome esquizofrénico**— pueden presentarse en cuadros clínicos que no son la esquizofrenia, como precisaremos después. Tampoco es una entidad nosológica en el sentido preciso del término, pues carece de los caracteres de una enfermedad orgánica con unidad demostrada, con etiología y anatomía patológica propias. La concordancia relativa de los resultados en materia de genética patentizan, sin duda, que la esquizofrenia es condicionada por la herencia. Pero aunque se llegara a determinar con certeza el tipo de mecanismo mendeliano que sigue la transmisión, con ello no se tendría la evidencia de que se trata de una verdadera entidad ya que es posible idéntico mecanismo en dos o más enfermedades distintas, semejantes o no clínicamente, que pueden hallarse mezcladas o confundirse a la observación. Para que la genética pudiera arrojar datos decisivos acerca de la unidad o no nosológica de la esquizofrenia se requieren investigaciones muy prolongadas y extensas, en condiciones de rigor quasi experimental unidas a un prolijo análisis sintomatológico. Lo que se ha logrado en esta dirección será considerado después. En lo que atañe a la anatomía patológica, hoy por hoy no se puede hablar de iesiones patognósticas. En la reunión de Agosto de 1936 de la Sociedad Alemana de Psiquiatría, las más grandes autoridades en materia de histopatología de las psicosis, con Kleist a la cabeza, pudieron comprobar que excelentes preparaciones de cerebros alterados por la esquizofrenia sirvieron de base—como repara Peter (Dtsch. med. Wschr., 1936, Nº 41, p. 1701)—a las concepciones más opuestas. Y el propio Kleist hubo de convenir en que la histopatología cerebral no ha llegado a resolver el problema de la base material de la esquizofrenia.

Si la esquizofrenia no es ni un síndrome ni una entidad nosológica, sólo puede considerarse como un **tipo clínico**, designación muy acertada de Kurt Schneider, que no define. Entendemos por tal, no un mero conglomerado de cuadros clínicos inubicables dentro de los otros casilleros de la sistemática psiquiátrica, como lo que se diagnostica-

ba con el nombre de "paranoia" hace medio siglo, según pretende Hoche que es hoy la esquizofrenia, sino la unidad ideal determinada por una serie de requisitos, de valor diferente, que se presentan reunidos como constelación variable en la realidad individual concreta, pero constante por lo común de la estructura de conjunto. Los requisitos son los síntomas que hemos definido, con su jerarquía, y el hecho de surgir la psicosis de una manera abrupta, como algo nuevo y fundamentalmente incomprensible—esto es, como un **proceso** en el sentido de Jaspers—y no como algo inteligible, como consecuencia psicológica de la estructura de la personalidad premórbida y de la situación del individuo en que se manifiesta. La mentalidad del sujeto, por obra de la psicosis, es otra—ha cambiado fundamentalmente. La circunstancia de que la inteligencia se conserve virtualmente intacta no implica que el esquizofrénico sea un hombre normal con síntomas psíquicos que entorpecen el ejercicio de su normalidad—es otro hombre, hombre esquizofrénico. Lo cual no implica tampoco que la esquizofrenia sea incurable, como sostienen algunos psiquiatras pesimistas. Kraepelin no se cuenta entre ellos. Según su experiencia, la remisión se presenta en el 8% de los hebefrénicos y en el 13% de los catatónicos; se resiste a creer que los paranoides sanen nunca. Carecemos hasta hoy de un estudio basado en material numeroso y de larga observación, pero parece probable que la proporción sea mayor que la señalada por Kraepelin. Tal vez se aproxime a la verdad en lo que atañe a los casos no tratados conforme hoy es aconsejable—como enfermedad orgánica en la fase aguda, como enfermedad psicológica en la crónica—la proporción que han verificado I. W. Lasareff y T. J. Judin. En su investigación catamnésica de 163 esquizofrénicos varones internados 27 años antes, encuentran que la curación completa se presenta en el 18% (la mayor parte con iniciación aguda) y la curación social en el 11%, o sea 29% de remisiones duraderas.

La unidad de la esquizofrenia como tipo de psicosis no se opone ni a la multiplicidad de formas clínicas ni a la posibilidad de desintegración en subtipos más o menos independientes. Las vicisitudes de la clasificación kraepeliniana de las formas clínicas, es por sí demostrativa de la arbitrariedad de su fundamento si se aplica a todos los casos. Lange dice a este propósito algo que todo psiquiatra observador puede confirmar: "Las subformas de la esquizofrenia—escribe en su último manual—, hebefrenia, catatonía y demencia paranoide, no se dejan deslindar una de otra. La hebefrenia puede acompañarse con rasgos catató-

nicos, así como los casos cuya manifestación principal sea de orden paranoide. Sobre todo, una esquizofrenia puede comenzar como hebefrenia, mostrar después episodios catatónicos y terminar más tarde como demencia paranoide. También encontramos realizadas todas las demás combinaciones posibles". Los genetistas, por otra parte, se inclinan a creer que las formas clínicas no dependen de diversos factores hereditarios sino del mismo factor (o factores) con diverso fenotipo en lo que respecta al resto del patrimonio hereditario, diversa constitución o diversas condiciones de ambiente.

Con respecto a la posibilidad de que se separen variedades diferentes de esquizofrenia, el análisis de muchos casos y familias, teniendo en cuenta toda la evolución de la enfermedad y la filiación de los individuos en que se presenta, será la base para verificarla. Las investigaciones de Leonhard sobre los casos deteriorados tal vez son en este sentido el comienzo de una conversión del tipo clínico en "grupo" clínico y heredobiológico—que por lo demás requiere confirmación en este su comienzo, pues la separación que hace Leonhard de dos variedades distintas es cuestionable, principalmente por la deficiencia del heredoanálisis en que se funda. Ya tenemos el caso de las parafrenias, que Kraepelin intentó separar de la esquizofrenia y hoy vuelven a su seno. Aunque muchos investigadores como Mauz, Lange, Eyric, Hoffmann, etc., sin negar su afinidad fundamental con la esquizofrenia, las relacionan con el círculo de la psicosis maníaco-depresiva, es casi unánime el criterio de que representan subformas de la psicosis que nos ocupa, condicionadas de manera análoga a la diversidad de hebefrenia, catatonía, etc. Pertenecen igualmente a la esquizofrenia con idéntico carácter la psicosis presenil de daño, la paranoia de involución, la catatonía tardía, la paranoia de tipo psicósico (en oposición a la de tipo reaccional o de evolución en una personalidad psicopática) y la esquizofrenia injertada (en oligofrenia). Se comprende que aquí haya discrepancias de opinión en los matices. El dictamen de la escuela de Heidelberg, que formula Mayer-Gross, es que estas modalidades, en principio, son inseparables de la esquizofrenia. Otros psiquiatras, de no menor competencia, como Kurt Schneider, son más categóricos, incluyéndolas sin reservas en el tipo.

Hemos dicho que la esquizofrenia no es sólo un síndrome, admitiendo al mismo tiempo que es eso, pero manifiesto en forma de proceso. Esto equivale a afirmar que a pesar de ser característicos los síntomas con una estructura especial, ellos pueden presentarse aislados o con esa estruc-

tura en otras clases de desórdenes. Efectivamente es así— no hay signo patognomónico de la esquizofrenia—, lo cual nos lleva a precisar el diagnóstico diferencial. La **esquizofrenia endógena, esencial, genuina** o **psicosis proceso,** de la que tratamos, se puede confundir, en primer lugar, con cuadros clínicos de psicosis orgánicas y sintomáticas, con signos semejantes o idénticos, pero causados por influencias exógenas de orden material: infecciones, intoxicaciones etc. Aquí la etiología es conocida y la evolución del desorden mental depende de la evolución del estado patológico del cerebro, del proceso orgánico principal. Esta es la **esquizofrenia sintomática** o **exógena** o mejor dicho **reacción somatógena esquizomorfa,** que puede presentarse sin predisposición hereditaria especial y con personalidad premórbida normal.

En segundo lugar, puede confundirse la esquizofrenia esencialmente con las reacciones o neurosis con síntomas semejantes o idénticos, en personalidades anormales o simplemente predispuestas, a expensas de cuya estructura se forman las manifestaciones del cuadro, de una manera comprensible. Aquí el análisis del caso hace patente la motivación psicológica, la continuidad genética de la etapa premórbida al desorden agudo. Tal es la **reacción psicógena o neurosis esquizomorfa.** La personalidad en que nace tiene con frecuencia particularidades que le dan una semejanza mayor o menor con ciertos aspectos de la esquizofrenia: los rasgos y combinaciones señalados por Kretschmer en sus tipos, ya de psicología popular, conocidos con los nombres de esquizotímico y esquizoide. A este respecto debemos impugnar la desviación del criterio que consiste en confundir el tipo de carácter con el tipo de psicosis. Ciertamente, la introversión, la limitada capacidad de contacto afectivo con el ambiente, la propensión a la extravagancia etc., son susceptibles de grados diversos, pero de ahí a que entre la personalidad esquizoide y la psicosis esquizofrénica existan todos los matices intermediarios hay una gran distancia. Lo efectivo es que no sólo hay entre ambas diferencia cuantitativa sino también de calidad. Esto, claramente formulado por Jaspers hace varios años, y hoy sostenido por Berze, K. Schneider, Stransky y otros, parece evidenciarlo, entre otros hechos, la verificación de Skalweit, con el estudio del proceso esquizofrénico gracias al método psicodiagnóstico de Rorschach, que resume en estos términos: "Cuanto más esquizotímica es la constitución prepsicósica, tanto más grave es el defecto esquizofrénico a causa del deterioro de la personalidad esquizotímica por el proceso esquizofrénico". Esto significa no sólo diferencia de índole entre lo

esquizotímico y lo esquizofrénico sino también oposición entre ellos. Skalweit, porteriormente (1936), mantiene el mismo criterio respecto ya no meramente de lo esquizotímico, sino de lo esquizoide mismo. Otro orden de hechos digno de considerarse en referencia con el tema es que, en ocasiones, una personalidad esquizoide que aparentemente evoluciona en suave gradación hacia la esquizofrenia confirmada, en realidad no es tal personalidad esquizoide sino una esquizofrenia larvada o una esquizofrenia estacionada después de una fase que ha pasado desadvertida en la personalidad premórbida no esquizoide. Así, la fase de esquizofrenia que llamaremos patente no es más que la escena tardía de un drama cuyo preludio careció de aparato impresionante. Una verificación del hecho nos ofrece el estudio de Miskolczy y Joo de 236 casos de esquizofrenia esencial comprobada. Una investigación cuidadosa de la conducta prepsicósica muestra el tipo esquizoide definido en un quinto de los casos, a la idea de que se trata de procesos esquizofrénicos abortivos no reconocidos, con proceso cerebral ya antiguo. De la existencia de cambios histológicos, que valen como señales de defecto crónico definido en casos relativamente recientes desde el punto de vista clínico, infieren que—como han observado Spielmeyer y Bostroem en la parálisis general—también el proceso cerebral esquizofrénico puede preceder a los síntomas clínicos de suerte que el correspondiente candidato a la esquizofrenia, a pesar de los avanzados cambios anatómicos de su cerebro se impone como mentalmente sano o como personalidad esquizoide.

En tercer lugar queda la delimitación de la esquizofrenia frente a la psicosis maníaco-depresiva y la psicosis epiléptica, que en la mayoría de los casos es fácil gracias a la impresión de conjunto, al análisis del cuadro clínico y a la anamnesia prolija. Hay un reducido número de casos en que por el tipo de constitución física o por otras circunstancias es difícil hacer el diagnóstico diferencial, quedando como un problema por resolver el de las psicosis mixtas. Parece que hay cierta oposición entre la epilepsia y la esquizofrenia, como si las condiciones etiológicas de ambas enfermedades no pudiesen coexistir en el mismo individuo. Con respecto a la psicosis maníaco-depresiva, Kretschmer, Mauz y otros investigadores se inclinan a favor de la mixtura de disposiciones y cuadros clínicos. Por último, las psicosis hiperquinéticas o de la motilidad, sostenidas por Kleist y su escuela como independientes, ofrecen problemas para la investigación futura, pues las conclusiones de E.

Füfgeld en su reciente trabajo sobre este tema no pueden tomarse como definitivas.

En resumen, la esquizofrenia es un tipo clínico unitario en el estado presente de nuestro saber, sin constituír una entidad nosológica. Se distingue de las pseudoesquizofrenias sintomático-somáticas por su comienzo sin causa evidenciable, de la pseudoesquizofrenia neurósica por su aparición sin nexo de sentido con la personalidad premórbida, de las demás psicosis por el conjunto de su sintomatología y por las particularidades de su proceso. El diagnóstico diferencial requiere en todo caso anamnesia detallada, análisis sintomatológico preciso y observación prolongada. La sintomatología de la esquizofrenia es fundamentalmente psicológica. Aunque carece de síntomas patognomónicos, es característica la impresión de conjunto y la presencia de síntomas como los siguientes: la extrañeza del mundo de la percepción, las alucinaciones verbomotrices, el pensamiento que se hace sonoro, el eco del pensamiento, la discordancia de las diversas actividades psíquicas, el pensamiento esquizofrénico—sobre todo las delusiones propiamente dichas, los pensamientos hechos, la publicación y la substracción del pensamiento—, el amaneramiento, el autismo, la apatía, la ambivalencia, los impulsos sexuales unidos a ideas de influencia, la pérdida de la soberanía del yo, las fallas del acto intencional y la desnaturalización de la personalidad.

BIBLIOGRAFIA

JOSEF BERZE & HANS W. GRUHLE: **Psychologie der Schizophrenie,** Berlín, 1929.—E. BLEULER: "Primaere und sekundaere Symptome der Schizophrenie", **Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie,** 1930, t. 124, Nº 3 & 4.—HENRI CLAUDE: "Psychose périodique et démence précoce", **L'Encéphale,** 1931, Nº 5.—F. FISCHER: "Die Zeitstoerung als Schizophreniesymptom", **Schweizer Archiv fuer Neurologie und Psychiatrie,** 1930, t. 26, Nº 1.—JAKOB FROSTIG: **Das schizophrene Denken,** Leipzig, 1929.— HANS W. GRUHLE, K. BERINGER, H. BUERGER-PRINZ, A. HOMBURGER, W. MAYER-GROSS, G. STEINER, A. STRAUSS, A. WILLMANNS: "Die Schizophrenie", OSWALD BUMKE: **Handbuch der Geisteskrankheiten,** t. IX, Berlín, 1932.—KARL HAUG **Die Stoerung des Persoenlichkeist-Bewusstseins,** Stuttgart, 1936.—A. E. HOCHE: "Der Entwicklungsgang psychiatrischer Erkenntnis", **Deutsche medizinische Wochens-**

chrift, 1935, Nº 31.—E IRAZOQUI VILLALONGA: "Delimitación actual del grupo de las esquizofrenias", **Archivos de Neurobiología**, 1935, Nº 4.—KARL JASPERS: **Allgemeine Psychopathologie**, Berlín, 1923.—GERHARD KLOOS: "Ueber kataplektische Zustaende bei Schizophrenen", Nervenarzt, 1936, Nº 2.—EMIL KRAEPELIN: "Psychiatrie", Leipzig, 1913, t. III.—ARTHUR KRONFELD: "Schizophrenie", KARL BIRNBAUM: **Handwoerterbuch der medizinische Psychologie**, Leipzig, 1930.—JOHANNES LANGE: **Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie, Leipzig** 1935.—K. LEONHARD: **Die defektschizophrenen Krankheitsbilder, Leipzig**, 1936.—OTTAR LINGJAERDE: "Leberuntersuchung bei Geisteskranken" etc. (SKALWEIT, 1936).—FRIEDRICH MAUZ: "Der kompensierte und dekompensierte schizophrene Defekt, seine Prognose und Psychotherapie", **Deutsche medizinische Wochenschrift**, 1929, Nº 49.J—E. MINKOWSKI: **La schizophrénie**, Paris, 1927.—D. MISKOLCZY & B. JOO: "Ueber Fruehsymptome der Schizophrenie" etc. (SKALWEIT, 1936).—G. E. MORSELLI: "Contribution á la psychopathologie de l'intoxication par la mescaline. Le probléme d'une schizophrénie expérimentale", **Journal de Psychologie Normale et Pathologique**, 1936, Nos. 5-6.—M. MUELLER: "Die schizophrenen Erkrankungen", **Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete**, 1935, Nº 11.—CARL SCHNEIDER: **Die Psichologie der Schizophrenen**, Leipzig, 1930.—KURT SCHNEIDER: "Die Diagnose der Schizophrenie und Zyklothymie", **Deutsche medizinische Wochenscrift**, 1935, Nº 35.—Skalweit: **Konstitution und Prozess in der Schizophrenie**, Leipzig, 1934.—WOLF SKALWEIT: "Schizophrenie", **Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete**, 1936, Nº 6.—LOTTE SUSSMANN: **"Beitrag zum Problem der Traeume der Schizophrenen", Nervenarzt**, 1936, Nº 9.—KONRAD ZUCKER & W. H. DE B. HUBERT: "A study of the changes in function found in schizophrenic thought disorder", **Journal of Mental Science**, 1935, Nº 332.—J. ZUTT: "Die innere Haltung", **Mon. f. Psychiatr.**, 1929 (GOTTFRIED EWALD: "Schizophrenie", **Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete**, 1931, Nº 5).

Dres. Gonzalo Bosch, Eduardo Krapf y Carlos Pereyra

Esquizofrenia

Psicosis y demencia esquizofrénica

Es bastante común en medicina mirar con cierto desprecio las discusiones de orden terminológico. Son disquisiciones de nomenclatura suelen decir algunos. Se piensa que no tiene importancia como se **llaman** los hechos, y que conviene **investigarlos** directamente. No obstante que se haya dicho: la ciencia es un idioma claro.

No queremos juzgar si el desprecio mencionado se justifique acaso en **otras** disciplinas médicas. En **psiquiatría,** de todos modos, **no** se justifica. Y el tema que vamos a tratar hoy, es seguramente, uno de los más apropiados para demostrar la veracidad de la opinión que dejamos expresada.

Muy acertadamente, dice A. Kronfeld, que la historia de la esquizofrenia y los problemas de este concepto son en gran parte idénticos con la historia y los problemas de la psiquiatría en general. Vamos a agregar, sin embargo, que a nuestro entender esta historia es en gran parte una **historia de malentendidos terminológicos,** y estos problemas muy a menudo son **problemas aparentes,** surgidos de malentendidos normativos y conceptuales.

Nos parece que la época de los enredos no ha terminado todavía. A pesar de la labor de toda una generación de psiquiatras seguimos en lo que bien puede llamarse el laberinto terminológico. ¿Se encontrará el hilo de Ariadna que nos conducirá a la claridad? Creemos que por lo menos debemos esforzarnos en buscarlo.

La piedra de toque en este terreno tan lleno de dificultades es, a nuestro entender, sobre todo el término "Demencia precoz". Basta una corta retrospección histórica para demostrar cuantos inconvenientes le debemos y hasta que punto sigue ofuscando nuestro horizonte.

Es sabido que fué creado por Morel en 1860 para denominar ciertos casos de demencia emocional que en su mayor parte hoy contaríamos entre los hebefrénicos. Cuando Kraepelin empezó a formar su sistema nosológico, lo adaptó con un alcance casi idéntico reuniendo bajo el rubro de demencia precoz nada más que los hebefrénicos y los llamados "dementes simples". La observación clínica y sobre todo su método de ver y rever los mismos enfermos año por año, en exámenes catamnésticos, convencieron al maestro alemán de que los mismos enfermos "dementes precoces" tuvieron en otras oportunidades también episodios catatónicos y paranoideos. La investigación paciente en las familias le enseñó además que dementes simples, hebefrénicos, catatónicos y paranoideos se arraigaron indistintamente en el mismo terreno hereditario. Así llegó paulatinamente a la concepción de **una sola**, entidad morbosa que abarcaba todas estas formas. Pero desgraciadamente no inventó una nueva denominación para esta entidad, sino que siguió hablando de demencia precoz, aunque ya en esta época contenía muchas formas que sobrepasan por mucho el primitivo concepto de Morel.

Era comprensible que hubo bastante oposición contra la entidad Kraepeliniana, hasta dentro de la misma psiquiatría alemana. El malestar aumentó, por así decir, con cada caso que según herencia y cuadro clínico pertenecían a la nueva **enfermedad**, pero sin originarse precozmente o terminar en demencia. Hubo muchos, especialmente entre los psiquiatras franceses, que se negaron a aplicar el rótulo "demente procoz" a un paciente que se enfermó a los 35 años y se curó después de doce meses.

Y cuando Kraepelin confesó que él mismo no creyó en una precocidad y demencialidad absolutas, de su demencia precoz, la confusión no disminuyó, sino, al contrario, se agrandó aún más.

Fué, por lo tanto, general el alivio cuando Bleuler (en 1911) creó el nuevo término de esquizofrenia. Insistimos mucho en que Bleuler consideró esta denominación como absolutamente sinónima de "demencia precoz". Su famoso libro se intitula "Demencia precoz o grupo de las esquizofrenias" y no contiene crítica alguna del gran concepto clínico de Kraepelin. A pesar de esto, las dificultades no desaparecieron. Es cierto que las escuelas suiza, austriaca y alemana, se convencieron bastante rápidamente de las ventajas del nuevo término; pero, Kraepelin mismo y sus discípulos más íntimos siguieron hablando de demencia precoz. Pronto se evidenció una vez más que las palabras están lejos de ser indiferentes como algunos creen. Pues, los investigadores que se decidieron a emplear el nuevo término de Bleuler, empezaron en seguida a tener un concepto más vasto de la enfermedad en cuestión, mientras que los demás que siguieron con el viejo término, nunca llegaron a librarse completamente de la sugestión de las palabras "demencia" y "precoz".

De ahí surge la tesis tantas veces defendida sobre todo en la bibliografía francesa, pero **no fundada en los hechos históricos,** de que la esquizofrenia de Bleuler sería otra enfermedad que la demencia precoz de Kraepelin. Es una tesis que se basa en un malentendido terminológico. Pero este malentendido ha tenido consecuencias realmente funestas, causando una confusión de conceptos que ha perturbado seriamente el adelanto de la ciencia y que sigue perturbando hasta el día de hoy.

Defendiendo la **identidad de demencia precoz y esquizofrenia** o mejor dicho: abogando por el abandono definitivo del término "demencia precoz" y su reemplazo sistemático por la denominación Bleuleriana, nos sabemos de acuerdo no sólo con la casi totalidad de los psiquiatras de habla alemana e inglesa, sino también con gran parte de la nueva generación francesa (Minkowski y el círculo de la "Evolucion psychiatrique"). Comprendemos, sin embargo, que a muchos les causa un cierto malestar la idea de que la "OLLA" esquizofrénica sea tan desmesuradamente grande, vale decir: que un porcentaje tan elevado de los enfermos mentales tenga la misma rotulación diagnóstica.

Este malestar es, en realidad, bastante general. El mismo Kraepelin lo sentía; siempre dudaba ante el tamaño excesivo de su propia creación. Indudablemente lo experimentaba también Bleuler; no por casualidad hablaba del "grupo" de las esquizofrenias. En 1934 era Bumke quien

hizo un llamado a la "disolución de la demencia precoz". Vamos a confesar que también nosotros nos sentimos algo incómodos y estaríamos encantados si alguien nos dijera cómo se puede dividir el contenido de la "gran olla" en entidades más específicas que tuvieran caracteres clínicos propios.

Hasta ahora, sin embargo, nadie ha dicho la palabra. Al contrario, los descubrimientos biotipológicos de Kretschmer y el estudio profundizado de la psicología de la esquizofrenia que debemos a Berze, Minkowski; Carl Schneider, Kronfeld y otros, han confirmado hasta en mayor escala la tesis de la unidad nosológica de la esquizofrenia.

En efecto, a nuestro entender, hay **sólo un** punto que ofrece ciertas dificultades teóricas. Es la circunstancia de que con un concepto unicista, nos encontraríamos frente a una enfermedad que sería **simultáneamente curable e incurable**; o con otras palabras, que a veces se comportaría como una afección de las llamadas "funcional" y otras veces como una dolencia **"orgánica"**, de acuerdo a la terminología corriente.

En este punto inserta la doctrina de Claude y de su escuela de Santa Ana. Fiel a la clásica tradición de la escuela francesa y tal vez también un poco seducido por la terminología tan engañadiza de la enfermedad tratada, forma Claude, dos grandes grupos: el primero de las formas "funcionales", psicogenéticas, curables, que comprendería los "esquizósicos" (Esquizóideos, esquizomaníacos, etc.), y el segundo de las formas **"orgánicas incurables demenciales**, que estaría formado por los dementes precoces verdaderos, (más o menos en el sentido de Morel).

No vamos a negar que este modo de encarar el problema es, a primera vista sumamente tentador. Hay que preguntarse, sin embargo, si existe un criterio que permita hacer **efectiva** la división teórica de Claude. y ahí fracasa el esquema.

En efecto: el único criterio que indica Claude para el diagnóstico diferencial entre "demencia precoz" y "esquizose", es la llamada "eterización". Conste, sin embargo, que la eterización, ni en las manos de sus propios descubridores dió resultados seguros y constantes y en manos de otro (mencionaremos solo a los rumanos Padeano, Constantinesco y Gorcea) falló completamente el experimento.

A nuestro entender, el esquema de Claude ya ha nacido muerto. Sin querer entrar en detalles, diremos que compartimos completamente la opinión tanto de Kraepelin como de Bleuler, de que la esquizofrenia es siempre y en todos los casos una afección orgánica.

Estamos muy lejos de negar la importancia de la psicogéneres en la esquizofrenia. Pero creemos con Bleuler que lo psicogenético es de orden "secundario" y que siempre se cristaliza alrededor de un núcleo orgánico "primitivo".

En cuanto al criterio de la curabilidad contestamos pregunta con pregunta: ¿Dónde está escrito que una enfermedad orgánica no sea capaz de curarse? En la patología moderna hay muchos ejemplos que prueban claramente que **"orgánico", no quiere decir "anatómico".**

Hay enfermedades en las cuales curabilidad e incurabilidad no marcan diferencias de **esencia,** sino solo de **grado.** La esquizofrenia pertenece para nosotros a este grupo de dolencias. Hay enfermos que van como los "dementes simples" directamente a la demencia. Hay otros que hacen solo una psicosis esquizofrénica y después se curan definitivamente. Hay además un tercer grupo, y es probablemente el más numeroso, donde el síndrome se inicia con uno o más ataques psicóticos, mientras que la demencia es nada más que el resultado final del proceso.

Puede ser que, tarde o temprano, se llegue a desmembrar la entidad esquizofrénica. Entonces seríamos nosotros los primeros en aceptar la división anhelada. Hoy por hoy, sin embargo, no vemos ningún motivo para destruir la obra de Kraepelin y Bleuler. Psicosis y demencia esquizofrénica son para nosotros nada más que **grados** de un solo cuadro clínico, una sola enfermedad: "LA ESQUIZOFRENIA". Decimos enfermedad para hacernos entender por todos, aunque pensamos que la especie etiológica determina la nosológica, luego tengásmosla por una constelación sintomática: un síndrome. Este síndrome puede presentarse en otros enfermos de nuestra patología, pero no es lo mismo. Debemos, pues, aceptar el criterio constitucional para la esquizofrenia: morfológico según Kretschmer y fisiológico posiblemente: neuro-endocrino-diencefálico vegetativo en el período psicótico.

Por la índole de este trabajo no haremos mayores consideraciones al respecto, aunque es tentador el hecho de ocuparse de los cuadros demenciales simples, pero, sería apartarnos de un propósito establecido, por lo tanto llegamos a esta conclusión:

1.o Debe aceptarse una psicosis esquizofrénica: lo que puede curar y una demencia esquizofrénica que como **toda demencia** es incurable.

2.o La llamada demencia precoz encuadra como la viera Bleuler: pensamiento disgregado, o Chaslin discordante, en un **síndrome demencial**, pero a la esquizofrenia en período de **psicosis** la recíproca no le alcanza.

Dr. Carlos Gutiérrez-Noriega

Departamento de Farmacología de la Facultad
de Ciencias Médicas de Lima

Catatonía experimental en el perro producida por los extractos de toé

La concepción de la catatonía experimental farmacodinámica fué establecida por **H. de Jong** y **H. Baruk** en el año 1928. Ambos investigadores demostraron, en una memorable comunicación a la Sociedad de Neurología de París (1), que las manifestaciones de la intoxicación bulbocapninica de diversos animales son del todo similares a los síntomas esenciales de la catatonía de las enfermedades mentales.

Mas mucho antes, ya en 1904. **F. Peters** (2) estudiaba las propiedades farmacodinámicas de los alcaloides de la **coridalis caya** aislados por **Gadamer,** entre los cuales distinguió la bulbocapnina que gozaba de la virtud de producir un sueño cataléptico. Empero, es sólo a partir del año 1921, al reemprender activamente **H. de Jong** estos estudios, cuando por vez primera se advirtió el enorme interés de estas cuestiones, hasta que, finalmente, de la colaboración de este autor con **H. Baruk,** surgió la feliz y fecunda concepción de la catatonía experimental, la que, desde entonces ha promovido muchísimas e importantes investigaciones, de las que **de Jong** y **Baruk** nos ofrecen una magnífica síntesis en una obra que se ha hecho clásica (3). El concepto fundamental que en este libro se sustenta es el siguiente: la intoxicación de muchos animales por la bulbocapnina, el alcaloide de la coridalis cava, produce un estado psico-motriz semejante al que se observa en el síndrome catatónico de las enfermedades mentales, caracterizán-

dose una y otra forma de catatonías, la experimental y la clínica, por una total sideración de la iniciativa motriz.

El concepto de la catatonía experimental, así creado, ha sido confirmado por las investigaciones más diversas, entre las que—para no exponer sino las más notables—recordaremos las de **Buscaino** (4), **Morsier y Junet** (5), **Henry** (6), **Ferraro** y **Barrera** (7), **Bulman** (8), **Barahona Fernandes** y **F. Ferreira** (9), y otras muchísimas entre las que debemos considerar los trabajos de **de Jong** y **Baruk** publicados después de 1930, (10, 11, 12).



FIG. 1—Perro catatonizado por el toé media hora después de la inyección de un cgr, por kilógramo de peso

Paralelamente a las investigaciones de la catatonia de origen bulbocapnínico se han verificado recientemente trabajos importantes que nos demuestran que el alcaloide de la **coridalis cava** no es la única substancia capaz de suscitar un estado catatónico. De esta suerte, se ha llegado a fundamentar un amplio concepto de catatonia farmacodi-

námica. Así, **H. Claude** y **H. Baruk**, (13), **Buscaino** y **De Giacomo** (14) y **Bulman** (8) han estudiado los efectos catatonizantes del somnífeno; **de Jong** (15) mismo los ha puesto en evidencia en la mescalina y **Ribeiro do Vale** (16) en la cumarina. Existe, además, la noción de una catatonía experimental colibacilar, producida por la toxina colibacilar neurotropa (17) y hay, plausiblemente también, catatonias de origen tuberculoso, y otras producidas por la toxina tífica, como parece desprenderse de ciertas observaciones de **Dufour** (18) y de **Claude** y **Meignant** (19). Finalmente, se presume que hay catatonias hormonales, por la acetil-colina y altas dosis de adrenalina, e incluso una substancia tóxica de la orina de propiedades catatonizantes y a la que, **Freud**, Mlle. **Dingemens y de Jong**, sus descubridores, han llamado **catatonina**.



Fig. 2—El mismo perro en una posición afisiológica en la cual permanece largos minutos inmóvil

A toda esta serie, ya respetable, de substancias catato-

nizantes agregaremos otra, encontrada por nosotros en los extractos de **toé,** planta de nuestra farmacopea indígena que, como la **coridalis cava,** posee algún principio activo, plausiblemente un alcaloide, de acción catatonígena.

Hemos practicado nuestras experiencias en perros, gatos, cobayas y ranas, habiendo utilizado, en todos los casos, un extracto acuoso de la planta.

En 15 perros hemos podido demostrar, en forma siem-



FIG. 3.—Perro catatonizado por el toé, inmóvil en falso equilibrio

pre idéntica, el efecto profundamente depresivo que sobre la motilidad voluntaria tienen estos extractos. Si la dosis inyectada era pequeña se manifiesta, simplemente, un estado de atontamiento del animal, el que permanece inmovil, indiferente, sin reaccionar a ciertos estímulos sensoriales que normalmente producen reacciones; ante la presencia de un conejo, por ejemplo, el perro queda indiferente, o si es gato el animal que recibió la inyección de extracto de toé, no huye a la vista de un perro. Además, el animal se muestra hu-

raño, perezoso y huye hacia los rincones. Conserva intacta la sensibilidad dolorosa y siempre se mantiene despierto. En estas condiciones se observa, casi regularmente, náusea, vómito, defecación y hasta tenesmo si la dosis inyectada es fuerte.

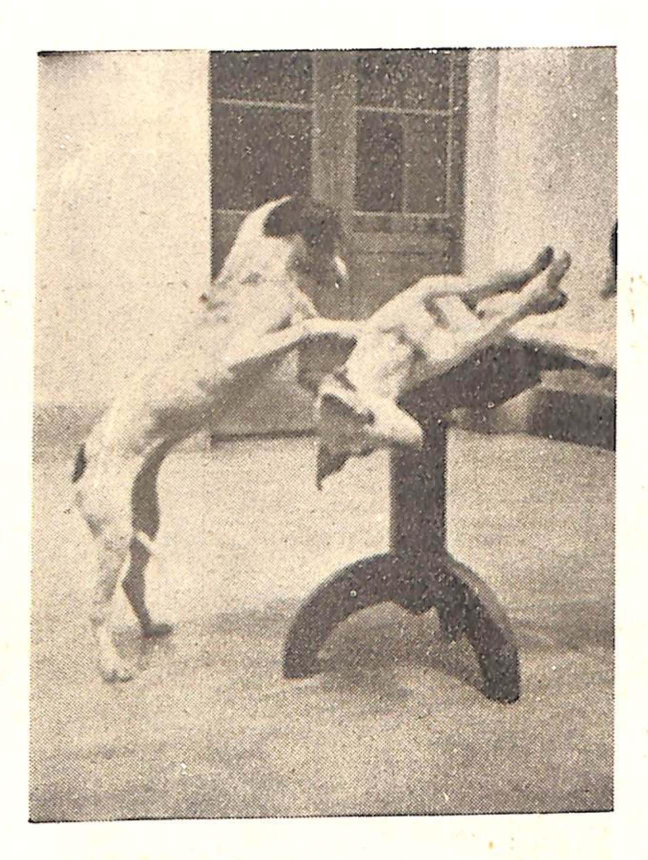


FIG. 4.—Perros catatonizados por el toé. Obsérvese la anormal posición del perro que yace sobre el banco, echado sobre el dorso con las extremidades en extensión; estado de verdadero sueño cataléptico.

Si la dosis inyectada es mayor—por lo regular hemos utilizado en estas experiencias la vía endovenosa—el estado catatónico se manifiesta con todas sus características. El animal conserva las actitudes segmentarias, tiene entonces flexibilidad cérea, y carece por completo de iniciativa motriz. En la mayoría de los casos se produce un incremento del tono de los músculos extensores de las extremidades, de suerte que si se coloca al animal catatonizado sobre el dorso, las cuatro patas se mantienen en extensión. Empero,

a menudo si se le deja libre reposa en actitudes bizarras. Las posiciones más incómodas no suscitan ninguna tentativa de equilibración. Si alguna vez, por excepción, deambula, sus movimientos son vacilantes y pausados. Tal estado puede prolongarse durante algunas horas.

Los animales intoxicados por el toé han sido comparados a animales testigos, intoxicados por la bulbocapnina. Desde el punto de vista de la sideración psico-motriz, la diferencia entre los efectos de ambos fármacos casi no era apreciable. Empero, el toé produce efectos que no se manifiestan por la bulbocapnina, efectos eméticos y purgativos, que en algunos casos invisten notable intensidad.

Una dosis excesiva de extracto determina primero pa-



Fig. 5.—Posición anormal de un perro catatonizado por el toé. Obsérvese que ambas extremidades anteriores están cruzadas sobre la nuca.

resia de las cuatro extremidades y del cuello y luego parálisis; la muerte en estas condiciones sobreviene a breve plazo.

Todos estos efectos sobrevienen con gran rapidez. Algunos minutos después de inyectada la substancia por la vía indicada vemos aparecer las distintas manifestaciones antes mencionadas.

En las ranas y otros pequeños animales, como el cobaya, las inyecciones fueron intraabdominales y los efectos, aunque apareciendo con más tardanza, eran equivalentes.

En otra serie de investigaciones—que aquí no haremos sino mencionar pues no corresponden directamente al te-

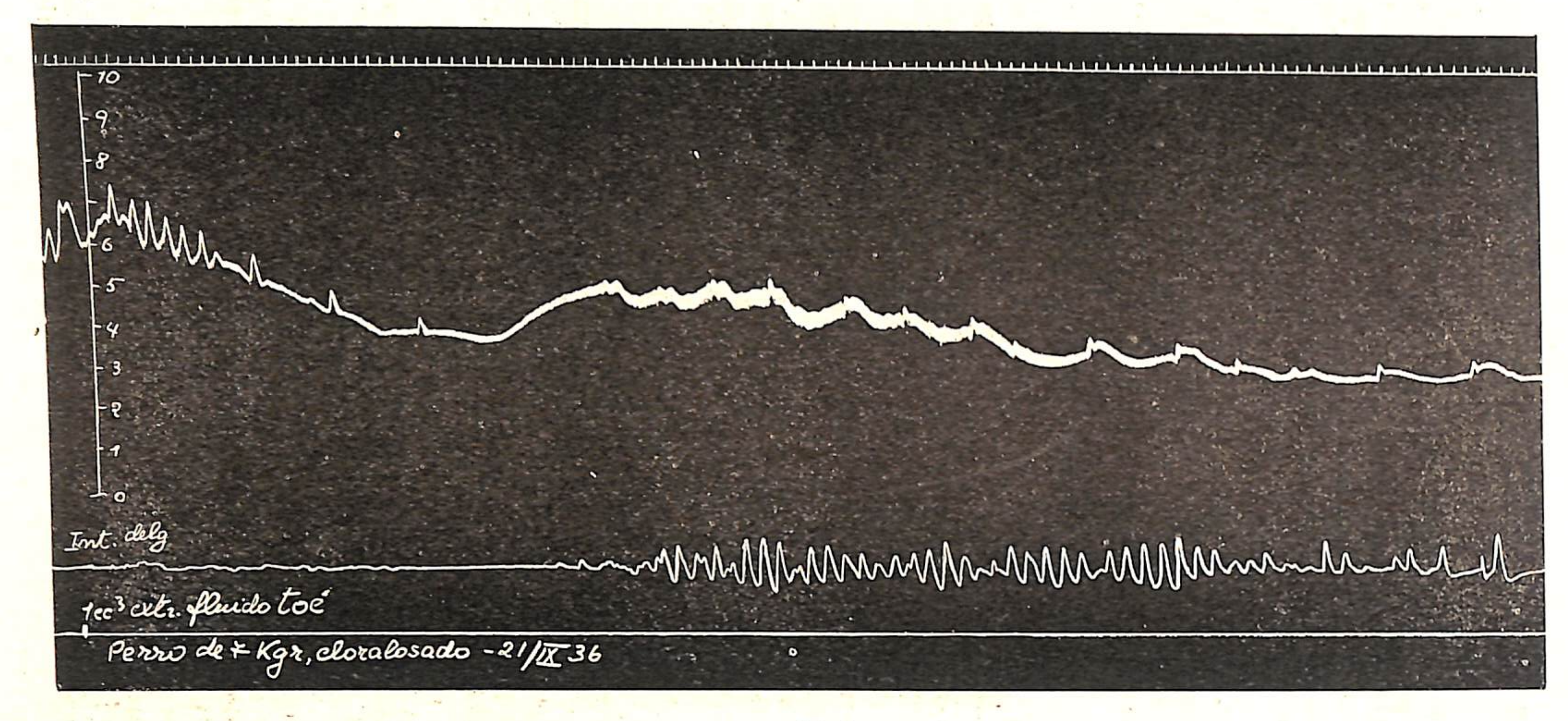

10
9
8
6
5
4
3
2
1
0
Int. delg
1cc3 extr. fluido toé
Perro de 7 Kgr, cloralosado - 21/IX 36

FIG 6

ma de este trabajo—hemos estudiado los efectos de los extractos de toé sobre la musculatura gastroentérica. Ya antes hemos advertido que en el curso de la catatonía se manifestaban efectos emeto-catárticos. En los perros anestesiados por la cloralosa hemos conseguido poner en evidencia la acción excitomotora de este producto sobre el intestino (v. el gráfico fig. 6), que por lo regular no son inmediatos. Al mismo tiempo la presión arterial baja y si la dosis inyectada es alta se pueden manifestar convulsiones clónicas que nunca hemos observado en los animales no anestesiados.

CONCLUSIONES

1.—En los extractos acuosos del toé existe un principio químico de acción catatonígena.

2.—La catatonía experimental farmacodinámica así producida es casi idéntica a la producida por la bulbocapnina.

3.—Los extractos encierran, además, una substancia de acción emeto-catártica.

4.—En los perros anestesiados los extractos de toé excitan los movimientos de la musculatura gastroentérica, producen hipotensión y, a veces, convulsiones clónicas.

BIBLIOGRAFIA

1.—H. DE JONG y H. BARUK, Etude comparative experimentale et clinique des manifestations du syndrome catatonique. **Rev. Neurologique**, I, 1929.—2. F. PETERS, Pharmakologische Untersuchungen über Corydalis-alkaloide. **Archiv. f. exp. Pharmakol. u. Pathologie**, LI, pág. 130, 1904, (cit. de Jong y Baruk).—3. H. DE JONG y H. BARUK, La Catatonie Experimentale par la Bulbocapnine. Etude Physiologique et Clinique. Masson, Paris, 1930.—4. BUSCAINO, Catatonia experimentale negli animale et nell' uomo. **Rivista di Patologia nervosa e mentale**, fas. III, 1930.—5. DE MORSIER y JUNET. L'action de la bulbocapnine sur le cerveau. La catatonie experimentale. **Arch. Suisses de Neurologie et de Psychiatrie**, v. XXV, pág. 160, 1929.—6. HENRY, Catatonía in birds. Experimental Studies with bulbocapnine. **Pychiatr. Quaterly**, v. V, Nº 1 y Experimental Catatonia. Comparative Study of the action of certain known toxic substances. **Psychatr. Quarterly**, v. V. N.º 3, 1931.—7. FERRARO y BARRERA. Experimental Catalepsy.

The action of bulbocapnine in cats and monkeys mith various experimental lesions of the nervous systems. **State Hospitals Press Utica,** N. Y., 1932.—8. E. BULMAN, Contribución al estudio de la catatonia experimental, México, 1930.—9. B. FERNANDES y PERREIRA. La catatonie experimentale par la bulbocapnine, **L'Encéphale,** Nº 6, pág. 445, 1933. —10. H. CLAUDE, H. BARUK y PORAK, Sommeil Cataleptique et fonctions psychomotrices volontaires. Etude Physiologique et pharmacodynamique a l'aide de l'ergographe de Mosso. **L'Encephale,** 1932.—11. H. BARUK, A propos des facteurs regulateurs de la motilité volontaire. Les fonctions cerebrales psychomotrices au point de vue clinique et experimental. **Rev. Neurol.,** t. II, pág. 629, 1931, y Algunas consideraciones nuevas sobre las afecciones orgánicas y órgano-psíquicas cerebrales. Catatonia y sindromes orgánicos. **Rev. Argen. Neurol., Psiquiatr. y Med. Leg.,** t. II, pág. 385, 1928.—12. H. CLAUDE y H. BARUK, Les troubles psychomoteurs d'origine cérebrale. **Presse Méd.,** Nº 14, 1931.—13. H. CLAUDE y H. BARUK, L'epreuve du somniféne dans la catatonie. **L'Encephale,** p. 724, 1928.—14. BUSCAINO y DE GIACOMO, Azione catalettogena del somnifen nell'uomo. **Bull. Soc. Italiana di Biol. Sperim.** v. V, fas. 2, 1930.—15. H. DE JONG, Ueber Meskalin Katatonie und die experimentelle Erzeagung von dementia praecox. **Akademie van Wetenschappente Amsterdam,** v. XXXIII, Nº 9, 1930 (cit. H. Baruk).—16. RIBEIRO DO VALE, Contribuicao para o estudo da catatonia experimental, Sao Paulo, 1933 (cit. H. Baruk).—17. H. BARUK, Catatonie experimentale colibacillaire et les psychoses colibacillaires. **Presse Méd.,** oct. 1933, y H. BARUK, BIDERMAN y ALBANE. Tuberculoso et demence précoce. **Paris Med.** 1932.—18. DUFOUR, Cataleptocatatonie au cours de la typhoide. **Rev. Neurol.,** nov. 1905.—19. H. CLAUDE, H. BARUK y MEIGNANT, Apparition d'un syndrome catatonique au cours d'une intoxication par la toxine typhique aver ictére chez un dement précoce, **L'Encéphale,** pág. 779, 1930.

Drs. José Horvitz
y Octavio Peralta
Psiquiatras del Manicomio Nacional

Tratamiento de la demencia precoz por la malarioterapia

A fines del año 1931, uno de nosotros (Dr. Peralta), iniciaba en el Manicomio Nacional de Santiago el ensayo del tratamiento piretoterápico en el vasto grupo de psicosis que llamamos Demencia Precoz. Con diversas substancias piretógenas primero, y con fiebre palúdica después, se han tratado desde entonces hasta la fecha numerosos casos de esta terrible enfermedad, que constituye uno de los más altos porcentajes de la población de los Manicomios; con el objeto de obtener una experiencia personal respecto de este discutido tratamiento iniciado algunos años antes por los italianos.

Sería superfluo recordar la historia apasionante de la piretoterapia y de su influencia decisiva en el tratamiento de la Parálisis General. Sería igualmente inútil referirse a la enfermedad palúdica, a sus complicaciones o a su técnica de inoculación, de sobra conocidas.

Creemos sí importante decir algunas palabras sobre lo que se ha hecho al respecto en otros países, con el objeto de comparar los resultados.

Pertenecen a los italianos ABULIA y D'ABUNDO, los primeros trabajos de malarización en psicopatías no sifilíticas; ellos en 1923 y con el objeto de conservar cepa palúdica, inyectaron epilépticos y catatónicos, observando en los últimos ligeras remisiones de la enfermedad. En el mismo año, TEMPLETON consigue mejorías transitorias escasas en 20

dementes precoces, mediante la aplicación de malaria benigna intravenosa.

FIAMBERTI, en sujetos terminales, obtuvo resultados completamente negativos: se le objetó la cronicidad de los casos sometidos a tratamiento y él argüía que las remisiones espontáneas son frecuentes en los comienzos de la enfermedad, y además, que si en la parálisis general avanzada y con graves lesiones anatómicas, se logran verdaderos éxitos, con mayor razón cabe esperar resultados semejantes en la demencia precoz, cuyas lesiones orgánicas registradas son relativamente pobres. En 1925, AVETA (XVII Congreso de la Sociedad Frenológica Italiana, Trieste), refiere haber sometido a idéntico tratamiento a 4 dementes precoces, obteniendo una mejoría completa y dos remisiones ligeras. Ya entonces, WAGNER JAUREGG anota que la "malarioterapia no podrá dar resultados en las psicosis aluéticas crónicas", y en cambio, "es susceptible de producir beneficios considerables en las formas recientes".

En el mismo año, en el 7.º Congreso de Neurología, CORIA relata haber inoculado 16 hebefrénicos crónicos y 7 maníacos, sin ningún resultado en los primeros y con éxito relativo en los otros, llegando a establecer una diferencia clínica entre la excitación maníaca y hebefrénica, según la reacción palúdica.

Poco tiempo después, WIZEL y MARCUSZEWIC, inoculan 46 dementes precoces y, comentando las primeras 27 observaciones (4 recientes y 23 crónicas), hablan de buenos éxitos en los agudos y de ningún resultado benéfico en los enfermos que llevan de uno a diez años de enfermedad mental. Todos habrían resistido 20 a 25 accesos sin complicaciones. En una segunda serie de experimentos cumplidos de 1927 a 1929, sobre 72 enfermos del mismo tipo (40 recientes, 17 periódicos y 15 crónicos), obtienen en los 40 agudos, 9 remisiones completas, 11 mediocres, 8 leves y 12 casos negativos; entre los periódicos, 9 remisiones completas, 3 mediocres y 5 negativas; entre los crónicos, ninguna reacción digna de mencionar. Concluyen diciendo que los éxitos se obtienen en los primeros 6 meses de enfermedad. Daban a sus pacientes 25 accesos febriles y registraron dos muertes.

En 1928, en París, VEISTRAETEN hace mención de mejorías notables en dos dementes precoces malarizados y alude a los trabajos simultáneos de MEDECA, que obtiene una remisión completa y varias transitorias.

A fines del año siguiente se publican las experiencias

de VERENNA que usó malaria cuartana constatando que su período de incubación, variable en los distintos enfermos con una misma sangre, es mayor que en la terciana, y que los accesos son más altos y brutales; tendría tendencia a curación espontánea, pero sería más resistente a la acción de la quinina, pudiendo observarse alzas térmicas con parásitos en la sangre tiempo después de la quininización. Sus resultados terapéuticos coinciden con los anteriores, anotando aún, empeoramiento en los crónicos.

GRAZIANI señala innovaciones en el proceso de la inoculación; para él no tendría ninguna importancia la cantidad de sangre ni el momento en que se la inyecte, pues tan bien puede hacerse en el período febril como en el apirético, siempre que el dador sea un palúdico en evolución; el tiempo que demora en incubarse depende de factores individuales del receptor. Trata así, con terciana, 25 mujeres esquizofrénicas, las enfermas mejoran rápidamente su estado general, y en cuanto al estado psíquico, 15 no se modifican con el tratamiento, 10 progresan considerablemente al final de la cura y 4 se reintegran a su vida habitual anterior.

GALANT, en 1929 y D'ORMEA y BROGGI en 1930, consiguen resultados muy semejantes: pobres efectos en los casos crónicos, una que otra remisión y una muerte por colapso. A pesar del fracaso, recomiendan la malarioterapia en los dementes precoces jóvenes por ser de fácil manejo y susceptible de producir beneficio.

A la misma conclusión llega RONCATI, que obtiene sobre 56 dementes precoces, en 1931, 10% de remisiones que duran más de dos años, anotando al mismo tiempo, que los enfermos crónicos empeoran con la paludización. Los trabajos de MAZZA, publicados en 1932, llegan a conclusiones similares. Usando malaria intravenosa reduce el tiempo de incubación de 2 a 4 días, logrando hasta 20 accesos febriles de 40 grados y de 2 a 3 horas de duración. Sobre 30 enfermos, 12 remiten completamente, el 44%; de los cuales la mitad volvió pronto a sus anteriores condiciones. Conviene sí, agrega el propio Mazza, que hay que aceptar con reservas estos resultados, porque a menudo la demencia precoz tiende a remitir expontáneamente y entonces, es difícil saber con certeza cuando obra la malaria y cuando la sola naturaleza del proceso.

Por último, debemos los estudios más completos y interesantes a los italianos LEVI BIANCHINI y NARDI que han malarizado, en forma continuada, desde Junio de 1927 hasta Mayo de 1932, diversos tipos de psicosis no lué-

ticas. Su estadística comprende 465 casos y es, justamente, su crecido número lo que confiere mayor valor y respeto a sus conclusiones. Por las más variadas vías, inoculan cepa de terciana benigna, microscópicamente controlada; el tiempo de incubación fluctúa entre 12 y 20 días y provocan alzas hasta de 40 grados de tipo terciana en un 12% del total, mixto en un 50% y abortivo en un 7%. No pasaban por regla general más allá de 20 accesos; tiene a su haber 6 muertes, dos por colapso. Todavía hacen notar los hechos clínicos siguientes: la malaria artificial tiende a desaparecer expontáneamente, y cuando lo hace, no recidiva; su peligrosidad es pues, mínima.

Del total de psicosis no luéticas malarizadas, 182 corresponden a dementes precoces, 95 hombres y 87 mujeres; sanaron 15: 11 hombres y 4 mujeres, es decir, el 8%; mejoraron 30: 22 hombres y 8 mujeres, o sea, el 14%. En suma, se obtuvo resultados positivos en 45, o sea, en un 24% y de ellos, 4 recidivaron a los 18 meses, manteniéndose los demás a través de 3 años.

Concluyen que en los casos recientes de la enfermedad, la malarioterapia es capaz de determinar una curación estable y definitiva; y que en los casos crónicos, suelen producirse mejorías inesperadas, si bien, con suma rareza. Por todo lo cual, consideran a la malaria como un auxiliar poderoso en la lucha contra la más siniestra de las morbosidades psíquicas y por demás digna de incorporarse a la práctica diaria de la psiquiatría clínica.

Aparece, pues, claro a través de esta larga exposición el acuerdo unánime de cuantos se han dedicado a estos trabajos, sobre un punto esencial: son los casos recientes de enfermedad mental los que se benefician, casi diríamos los únicos susceptibles de algún éxito, mediante la terapia palúdica; las formas crónicas no sólo no progresan, sino que a menudo empeoran en su estado físico y en su estado mental.

Los resultados obtenidos por nosotros en seis años de experiencia, son similares a los extranjeros. En efecto, hemos inoculado entre los años 1931 y 1936, terciana benigna a **163 dementes pecoces** de diversas formas clínicas y en diferente estado de evolución: 82 mujeres y 81 hombres.

Ente las **82 mujeres,** 24 son casos recientes, es decir, dentro del primer año de enfermedad mental, y 58 son crónicas, con más de dos años de edad mórbida. De los **81 hombres,** 18 son casos iniciales y 63 crónicos, algunos con 10 y 15 años de enfermedad mental.

De acuerdo con la experiencia universal, los resultados son muy distintos en los recientes y en los crónicos; todos los enfermos francamente beneficiados pertenecen al grupo de los agudos. En los enfermos crónicos se obtiene en ocasiones ligeras remisiones, especialmente en lo que se refiere a las crisis de agitación rebeldes a toda otra terapéutica.

En las 82 mujeres inoculadas, se produjeron **15 mejorías manifiestas** que permitieron a las enfermas reintegrarse al medio social, dando un porcentaje de 18%; si consideramos esta cifra sólo en relación a las enfermas de menos de un año de evolución, que de acuerdo con la experiencia agena, son las que se benefician de este tratamiento, el porcentaje sube a 62,5%. Lijeras mejorías se observaron también en las enfermas crónicas, en 22 enfermas, o sea, en un 26% del total.

De los 81 hombres, **salen 10 de alta**, o sea, el 12%; y si consideramos sólo los 18 casos recientes el porcentaje sube a 55,5%. Entre los crónicos se obtiene escasas mejorías en un 19% del total.

En suma, tomando en cuenta los resultados globales, se beneficiaron positivamente del tratamiento 42 enfermos, que volvieron al seno familiar ya sea temporal o definitivamente, es decir, el 25% del total; en el resto, los resultados fueron mediocres o nulos. Nuestra estadística da, prácticamente, las mismas cifras que la de los italianos Levi Bianchini y Nardi, que dan un 24% de resultados positivos con la paludización.

Hemos observado además, que son las formas Hebefrénica y Catatónica de la Demencia Precoz, las que se benefician casi exclusivamente del tratamiento palúdico. En las formas Simple y Paranoidea los resultados son negativos. No está demás insistir que el éxito depende de la precocidad con que se instituya el tratamiento. Varios de nuestros enfermos tratados dentro del primer año de enfermedad, permanecen en buen estado mental desde hace 3 o 4 años y algunos en plena eficiencia social.

La restitución de la personalidad, bajo el estímulo de la malaria, se hace gradualmente: primero, desaparece la excitación, el estado catatónico; más tarde se reajusta el proceso ideativo; y por último, se restablece la capacidad de fijación de las ideas y surge la facultad sintónica, vuelve la armonía del psiquismo con el mundo exterior; otra vez se hace el sujeto capaz de vibrar con su ambiente, de sentir amor por su familia, interés por la sociedad.

CONCLUSIONES

Sin pretender sentar un criterio definitivo sobre la materia, creemos oportuno formular las siguientes conclusiones:

1º.—La malarioterapia es de fácil aplicación en los dementes precoces y no ofrece ningún peligro. En nuestra estadística, la mortalidad es nula.

2º.—Su efecto es selectivo para las formas recientes de la enfermedad.

3º.—Son las formas jóvenes de hebefrenia y hebefreno-catatonia las que se benefician casi exclusivamente del tratamiento palúdico.

4º.—Es una valiosa terapéutica en las crisis de agitación hebefrénica prolongadas y rebeldes a otras terapias.

Dr. Eduardo Brücher

Psiquiatra del Manicomio Nacional

Demencia precoz y sistema neuro-vegetativo

Los notables efectos que algunos preparados de acciñn exclusiva sobre el sistema neurovegetativo, obraran sobre diversas afecciones mentales, obligó a algunos médicos del Manicomio de Santiago de Chile, a estudiar la acción de estos preparados en grupos de enfermos de igual naturaleza.

Estando a cargo del Departamento 4.º de este Manicomio constituído por enfermos crónicos, entre los que predominan los Dementes precoces, me ha correspondido hacer este estudio.

Aunque estamos en los comienzos y aún sería prematuro obtener conclusiones, ya que posteriormente hasta podrían modificarse, me he permitido presentar a estas Jornadas, una síntesis de nuestra labor.

El enorme incremento que han tomado los estudios sobre este sistema en el último siglo y las grandes conexiones que se le han encontrado con los diversos órganos en general y especialmente con el cerebro y órganos glandulares, han hecho crecer su importancia y nos van aclarando y dando a conocer su verdadero significado.

Después de los trabajos de Eppinger y Hess (1910) que crearon los conceptos de vagotonía y simpaticotonía; de los de Sicard, que habló de distonía vegetativa; de los de Krauss y Zondek que consideran al sistema como un intermediario entre los diversos órganos, contacto que se realizaría por el complejo nervio-ion-veneno; debemos agregar múltiples trabajos que hablan del factor psíquico en el sis-

tema y que han encontrado las vías de comunicación entre la corteza y la región hipotalámica que es donde se encuentra el mayor número de centros vegetativos (Greving, Camus, Roussy, Mossinger, etc.)

Varios síntomas que se observan en la esquizofrenia, ya sea formando el cuadro o como agregados, son indudablemente neuro-vegetativos.

Así Head (1901) y Mourgue (1932) consideran que las alucinaciones son dependientes de centros neurovegetativos, y se acompañan a menudo de otros fenómenos vegetativos, como ser: dolores viscerales, hiperestesia del cuero cabelludo, trastornos sudorales y salivares, etc.

La emotividad y en general los trastornos afectivos, que se acompañan frecuentemente de alteraciones sudorales, salivares, vasoconstrictivas, hipotensoras, etc., tienen relaciones profundas también con los centros vegetativos.

El temperamento retraído y apático de los dementes precoces coincide casi totalmente con las características del vagotónico.

El corazón con movimientos lentos, de punta redondeada; los trastornos secretores, las alteraciones glandulares (hipofunciones, etc.), las alteraciones del sueño, etc., los encontramos con frecuencia en los dementes precoces, siendo estos fenómenos también de base vegetativa.

Examinando, pues, a nuestros enfermos, órgano por órgano (piel, aparato circulatorio, aparato respiratorio, aparato digestivo, ojos, sistema linfático, genitales, reflejos óculo-cardíaco y faríngeo, pruebas farmacológicas: atropina, pilocarpina, adrenalina y cloruro de calcio) bajo el punto de vista vegetativo, observamos que ellos son estigmatizados vegetativos, como diría von Bergmann. Predomina entre ellos el estigmatizado vegetativo con mayores alteraciones parasimpáticas.

La predominancia vagotónica o simpáticotónica de los estigmatizados vegetativos, ha hecho dividirlos en dos grupos.

Así Eppinger y Hess, hablan de **Simpáticotónicos** delgados, vivos, impulsivos, fantásticos, versátiles, con ojos brillantes, prominentes, faquicárdicos y con metabolismo exagerado y de **Vagotónicos** tranquilos, apáticos, bradiquinéticos, fríos en sus sentimientos y perseverantes en su acción; rechonchos, de metabolismo bajo, con tendencias al asma, urticarias, jaquecas, colitis membranosas y bradicardias.

Los hermanos Jaensch, describen también estos dos tipos: llamando al primero basedowoídeo o cortical (Simpá-

ticotónico) y al segundo tetanoídeo o subcortical (vagotónico). Yung describe también dos tipos psicológicos que corresponden a los anteriores: **extravertido** de temperamento comunicativo, expansivo (simpáticotónico) e **intravertido** de temperamento reflexivo, retraído, desconfiado (vagotónico).

Y para terminar, debemos decir que aún antes que se hablara de Distonías vegetativas y de Estigmatizados vegetativos; Cervantes había descrito estos dos tipos: Don Quijote el simpáticotónico y Sancho Panza el vagotónico.

Nosotros hemos examinado hasta el momento 16 dementes precoces simples, en su período de estado, con dos o tres años de evolución y sin que llegaran todavía a un período terminal (demencial). Han estado sin tratamiento tres meses a lo menos antes de examinárseles, aún no se les ha hecho ni laborterapia. Estos enfermos como se comprende, presentan escasas posibilidades de curación y aún de remisión.

Para clasificarlos en los dos tipos clásicos, se ha considerado el mayor número de órganos con predominio vagotónico o simpáticotónico, controlando las alteraciones neurovegetativas cardíacas y digestivas a Rayos y considerando además las pruebas farmacológicas y el tipo general.

En esta forma se ha comprobado, que de los 16 enfermos, catorce tienen claro predominio vagotónico: tipo clásico, curva vagotónica a la adrenalina, salivación extrema con la pilocarpina, reflejo faríngeo abolido, reflejo óculocardíaco positivo, corazón con movimientos lentos, de punta redondeada, colon espástico (Hipertónico), piel húmeda, etc.

Como tratamiento se les somete durante quince días a 1 miligramo de adrenalina subcutánea diaria en los vagotónicos y Neopancarpine (Extracto de hojas de policarpus jaborandi al 1%), 10 gotas 3 veces al día en los simpáticotónicos; descansando 15 días y completamos 3 series.

En los 16 casos mencionados (otros están en estudio) y en un plazo de más de un año de observación, hemos obtenido 3 enfermos dados de alta, mejorados —clínicamente sanos— (y que siguen hasta el momento en buenas condiciones) y que han vuelto a sus actividades habituales que justo es decirlo no eran muy complejas (obreros); nueve han mejorado su comportamiento en el Departamento y han podido trabajar. Los 4 restantes, no han presentado modificación en su cuadro.

Para concluir, repetimos que presentamos esta síntesis de nuestros estudios como una colaboración preliminar y consideramos que aún no podemos enunciar honradamente conclusiones.

TERCER TEMA OFICIAL:

Tratamiento de los tumores cerebrales.
Relación del Prof. Manuel Balado.

Fisiopatología de los trastornos vasculares encefálicos.— DR. BALDOMERO ARCE MOLINA.

Tratamiento quirúrgico de la epilepsia.— DR. VIRGILIO CAPELLI.

Cirugía reparadora de las lesiones de los nervios periféricos.— DR. ABELARDO IBÁÑ Z

Extirpación del corpúsculo carotídeo en Oftalmología.— DRES. SANTIACO BARRENECHEA Y RENÉ CONTARDO.

Prof. Manuel Balado

Tratamiento de los tumores cerebrales

(La relación del Prof. Manuel Balado ha sido imposible obtenerla de su autor para su publicación. La Secretaría de las Jornadas ha hecho todos los esfuerzos a su alcance para dar a conocer y difundir la interesante y completa relación del distingnido neuro-cirujano argentino.)

Dr. Baldomero Arce Molina

Neuro-psiquiatra de los Hospitales de Valparaíso

Fisiopatología de los trastornos vasculares encefálicos

CAPITULO I

En el dominio de la neuropatología nadie podría negar la extraordinaria importancia que tienen los trastornos vasculares. Esta importancia emana de la enorme frecuencia con que observamos los cuadros vasculares encefálicos en la Clínica Neurológica. No es necesario consultar Estadísticas, a este respecto, para darnos cuenta que mucho más de un 80% de los enfermos de nuestros servicios de especialidad sufren de alteraciones vasculares del encéfalo. La vulgar hemiplegia por trombosis o hemorragia cerebral, los síndromes pseudo-bulbares y lacunares debidos a focos de desintegración senil, forman por decirlo así el pan de cada día de todos los Neurólogos del mundo.

Y es precisamente ésta vulgaridad lo que le da, según mi modo de entender, toda la importancia a los trastornos vasculares del encéfalo, fuera de otras razones, que en una forma somera, analizaré un poco más adelante. He tenido siempre el convencimiento de que lo vulgar en Medicina, lo que observamos todos los días es lo más interesante y debiera merecer mucho más atención de parte de los investigadores y de los divulgadores científicos. En los grandes congresos parece sonar con destemplada estridencia la voz que se levanta para hablar de estas vulgaridades de la Clínica práctica. La prensa médica calla y sólo se preocupa de sutilezas de diagnóstico o de jeroglífiros de fisiopatología.

La Sociedad de Neurología de París ha reaccionado violentamente en este sentido y destinó toda la labor de su última reunión internacional a discutir y a poner en claro multitud de problemas de fisiología, de fisiopatología y de terapéutica de la circulación encefálica normal y patológica.

Aumenta la importancia del conocimiento y estudio de los trastornos vasculares encefálicos el hecho de no conocer la verdadera naturaleza y las condiciones exactas en que se desarrollan las lesiones y las alteraciones funcionales de los vasos sanguíneos del neuro-eje. Aparece como paradojal el hecho de que estos trastornos que son los más antiguamente conocidos en la patología encefálica, se conozcan tan poco y tan mal. Desde los primeros tiempos de la Medicina, desde los tiempos hipocráticos se atribuían a trastornos vasiulares todos los cuadros clínicos de la patología cerebral.

De este segundo factor se desprende el tercero. El desconocimiento de la fisiopatología de los procesos vasculares encefálicos tiene como corolario obligado el desconocimiento y la anarquía en el tratamiento de estas enfermedades. La tradición y el empirismo dominan en la terapéutica. La práctica de los derivativos, la sangría y otras manipulaciones figuran en las más antiguas páginas de la historia de la Medicina.

Esta anarquía en el tratamiento de las enfermedades circulatorias del cerebro se pone de manifiesto en la diversidad de indicaciones, muchas veces contradictorias, que vemos aconsejar y poner en práctica por los diversos médicos que tratan esta clase de enfermos. En casos de hemorragia cerebral, algunos indican los vaso-dilatadores; los otros, los vaso-contrictores; algunos aconsejan y practican sistemáticamente la sangría que consideran salvadora; los otros se abstienen considerando tal manipulación no sólo como inútil sino que también como peligrosa y contraproducente.

¿De donde deriva esta diversidad de opiniones en lo que respecta al tratamiento de las afecciones vasculares encefálicas?

De una sola cosa: De la ignorancia que tenemos de los procesos fisiopatológicos que se producen en la circulación intra-craneana cuando esta se perturba por una hemorragia o por un trombus obliterante.

Si damos una mirada retrospectiva hacia los conceptos patogénicos que han dominado en las enfermedades circulatorias del cerebro en el pasado siglo y en lo corrido del presente y tratamos de abarcar con una mirada de conjunto sus diferentes alternativas, podemos esquematizar esta evo-

lución de la manera siguiente. En un prinpicio dominaba el concepto de atribuír todos los trastornos a perturbaciones funcionales vasculares, de modo que la mayoría de los cuadros encefálicos se explicaban por la congestión cerebral y por la anemia de este órgano. A pesar de las airadas protestas que a este modo de pensar hiciera el gran genio de Trousseau, estas teorías dominaban plenamente en los círculos médicos ortodoxos de la mitad del siglo pasado. Después Charcot y Vulpian, Pierre Marie y Dejerine destruían de una manera completa la teoría funcional de las lesiones vasculares del encéfalo que habían creado sus antecesores.

A esta teoría funcional exclusiva, ellos opinan una teoría anatómica exclusiva. Los desórdenes cerebrales se debían a alteraciones anatómicas de los vasos encefálicos. La hemorragia, el reblandecimiento y el ateroma daban cuenta suficiente de todos los trastornos observados.

Ya parecía que la patología circulatoria cerebral no ofrecía ninguna duda y que en estos conocimientos se había dicho la última palabra. Sin embargo, hace algunos pocos años la observación y la perspicacia de algunos investigadores, como el genial y malogrado Charles Foix, hace que nuevamente dudemos de la moderna teoría atomista exclusiva para ir aceptando poco a poco la ultra moderno anatómica y funcional.

En efecto, el trombus formado en una arteria cerebral produciendo el infarto y la necrobiosis de una región localizada y limitada del cerebro, explica muy bien los síntomas focales, pero no explica absolutamente nada de la génesis del ictus apoplético y de los síntomas que acusan una perturbación de todas las funciones del encéfalo.

La lesión anatómica pura ya no nos satisface y debemos aceptar al lado de ella trastornos funcionales, trastornos de la dinámica circulatoria general de la masa intracraneana.

Esta teoría anatómico-funcional nos da nuevas armas para combatir los graves accidentes debidos a los trastornos de los vasos cerebrales y aunque la cuestión no esté completamente agotada, podemos considerar que hemos dado un paso adelante y esperar confiados, con toda la confianza que debe inspirar la ciencia, el día en que un conocimiento más perfecto de la fisiopatología, nos dé las verdaderas normas para la terapéutica.

CAPITULO II

CARACTERISTICAS ANATOMICAS DE LOS VASOS CEREBRALES

Las altas funciones que desempeña el cerebro hacen que este órgano posea una circulación especial, anatómica y funcionalmente diferenciada. Sus características anatómicas explican muchos hechos de su fisiología y están destinadas a llenar el doble papel de circulación abundante y regular. Estas características consisten en curvaduras que presentan las diferentes arterias destinadas a la circulación del cerebro; en su modo de anastomosarse a nivel del polígono de Willis y en su manera particular de distribuirse.

Las carótidas internas, antes de participar en la formación del polígono, sufren curvaduras más o menos pronunciadas en su segmento intracraneano o en el conducto carotídeo. En su parte extracraneana describen una o dos flexuosidades. Los vertebrales, a su vez, describen también dos grandes curvas, la una entre el axis y el atlas, y la otra entre esta última vértebra y el occipital. La significación de estas curvaduras y flexuosidades fué dada hace ya mucho tiempo por Francois-Franck, quien determinó de una manera experimental en el perro la influencia que tienen los codos vasculares en la presión intra-arterial. Además de este descenso de la presión estas características anatómicas producen un amortiguamiento del choque sistólico y protegen de ese modo al tejido nervioso del martilleo incesante del corazón. Debemos ahora recordar de una manera esquemática la disposición de las arterias cerebrales. Adelante las carótidas internas se dividen en dos ramas: **la cerebral anterior y la cerebral media.** Hacia atrás las dos vertebrales se unen en un solo tronco: el tronco basilar de donde nacen las arterias **cerebrales posteriores.** Estas últimas comunican de cada lado con la cerebral media por la rama comunicante posterior. Las dos cerebrales anteriores se comunican entre sí por la comunicante anterior. Todas estas arterias: Las cerebrales anteriores, la comunicante anterior, las cerebrales medias, las comunicantes posteriores y las cerebrales posteriores, forman un círculo arterial que se conoce con el nombre de **hexágono de Willis.** Es de notar que esta figura tiene siete lados y por lo tanto propiamente debería llamarse heptágono de Willis.

Las arterias que nacen del círculo arterial de Willis, cerebrales anteriores, cerebrales medias, o silvianas y cere-

brales posteriores, van a distribuirse en dos sistemas bien diferentes. El uno está destinado a la corteza y sub-corteza: es el sistema arterial superficial y el otro va a irrigar las formaciones grises centrales, es el sistema arterial profundo. **El sistema arterial superficial** nace de las ramificaciones que las tres cerebrales forman en la pía madre y penetrando en la profundidad del cerebro se ramifica hasta formar los capilares. Según que esta sarterias penetren hasta la substancia blanca central o se detengan en la substancia gris, se llaman arterias superficiales largas o cortas, respectivamente. Estas arterias del sistema superficial no son terminales, como lo pensó Duret, sino que se anastomosan entre sí, entre arterias del mismo territorio y aún con las sujerficiales de otros territorios. De este modo las terminaciones superficiales de la silviana se anatomosan con las ramas correspondientes de las cerebrales anteriores y posteriores. En resumen: El sistema arterial superficial no es terminal y sus ramas se anastomosan ampliamente.

La cerebral anterior se ramifica sobre la cara interna del hemisferio, desde la extremidad inferior del lóbulo frontal hasta la cisura perpendicular externa, sobre las dos primeras circunvoluciones frontales y el tercio superior de la frontal ascendente en la cara externa y en la mitad interna de la porción orbitaria del lóbulo frontal en la cara inferior. La cerebral media irriga la tercera circunvolución frontal, los dos tercios inferiores de la frontal ascendente, la cara externa de los lóbulos parietales y temporales, la parte anterior del lóbulo occipital y la mitad externa de la porción orbitaria del lóbulo frontal.

Por último, la cerebral posterior se ramifica sobre la cara inferior del lóbulo témporo-occipital y en la parte posterior de la cara interna del hemisferio.

De una manera esquemática se puede decir que la cerebral anterior es la arteria de la cara interna; la media o silviana es la arteria de la cara externa y la posterior es la arteria de la cara inferior de los hemisferios cerebrales.

El sistema arterial profundo nace directamente de los gruesos troncos arteriales a nivel de la base del cráneo; asciende directamente hacia las masas grises centrales donde se distribuyen. Estas arteriolas perforantes se han descrito con diferentes nombres según las regiones que atraviesan.

De estas ramas centrales, las arterias estriadas anteriores, ramas de la cerebral anterior, se distribuyen en la extremidad anterior del cuerpo estriado; las arterias estriadas

internas, ramas de la silviana, se terminan en el globus pallidus; las arterias estriadas externas, que también son ramas de la silviana, van al putamen. Estas últimas se subdividen en arterias lentículo-estriadas, que después de haber atravesado el segmento anterior de la cápsula interna se dirigen al núcleo caudado, y en arterias lentículo-ópticas que cruzan el segmento posterior de la cápsula interna y van a ramificarse en el tálamo óptico. Es a una de estas últimas, notable por su volúmen, a la que Charcot dió el nombre de arteria de la hemorragia cerebral.

Estas ramas del sistema arterial profundo son terminales en el sentido verdadero del concepto, es decir, no se anastomosan entre sí ni con las terminaciones del sistema arterial superficial.

CAPITULO III

FISIOLOGIA DE LA CIRCULACION CEREBRAL

Funciones tan diferenciadas en un órgano, necesariamente suponían un maravilloso mecanismo para regular y mantener en cantidad suficiente la circulación de la sangre en el cerebro. La complejidad de este mecanismo y otras razones, que luego señalaremos, hicieron esta cuestión de la fisiología de la circulación cerebral una de las más difíciles y al mismo tiempo uno de los problemas más preciados por los investigadores. El resultado final ha sido que las opiniones de los fisiólogos han estado siempre en pugna y no han logrado hasta la fecha ponerse de acuerdo. Posiblemente este fenómeno se puede deber a que cada investigador usa una técnica diferente y propia y porque cree que las usadas por todos los demás son inexactas o por lo menos criticables.

De este modo se han propuesto muchas técnicas para estudiar la fisiología de los vasos cerebrales. El punto en discusión es la forma de estudiar la respuesta de los vasos cerebrales a los diferentes estímulos que los solicitan, es decir, la manera de registrar esas respuestas. En otras palabras, estudiar las variaciones vaso-motrices producidas por los diferentes estímulos en una forma clara y precisa.

Pasaremos rápidamente en revista las principales técnicas propuestas y sus fundamentos.

1º) Variaciones del volumen del cerebro.

Es muy lógico pensar que todo aumento de la circulación sanguínea del cerebro, se acompaña de un aumento de volúmen de este órgano y que la disminución de la cantidad de sangre produce una disminución de su volumen. ¿Cómo apreciar estas variaciones de volúmen? Algunos, tomando en cuenta que la masa encefálica se halla contenida en una caja ósea inextensible y que la cantidad de líquido céfalo-raquídeo permanece igual en condiciones normales, han apreciado este cambio de volúmen midiendo la presión de este líquido. Otros han apreciado estas variaciones volumétricas del cerebro estudiando las modificaciones de la amplitud del pulso cerebral en individuos o animales que tenían una trepanación del cráneo.

2º) Estudio del debit circulatorio intracerebral.

Para los partidarios de este método la medida del debit circulatorio del cerebro es el sistema más exacto de medir la cantidad de sangre que circula en un momento dado y por lo tanto de enseñarnos las variaciones de calibre de los vasos sanguíneos. Las vaso-dilataciones se acompañarían de un aumento del debit; las vaso-contricciones de una disminución de éste.

Los unos miden este debit en la sangre que entra en el cerebro, otros en la sangre que sale, ya sea tomando la presión recurrente carótidea y registrándola en los senos de la dura madre o en las venas yugulares; ya sea colocando un verdadero medidor sobre el trayecto de la carótida interna. Muchos combinan estos diferentes métodos para obtener mayor precisión.

3º) Método de observación directa.

Las técnicas que acabamos de señalar, mas las basadas en los fenómenos de perfección, son métodos de investigación indirecta, es decir, juzgan la vaso-motricidad cerebral por la observación de fenómenos, que la lójica y la interpretación los señalan como debidos a las actividades vaso-motoras. En cambio, en estos métodos, la observación se hace directamente en los vasos en estudio. En una primera modalidad, podemos colocar el método que consiste en estudiar la vaso-motilidad en la arteria central de la retina.

Este método se basa en el hecho de la identidad de origen de la arteria retiniana y de las arterias cerebrales y han juzgado que la actividad vaso-motriz de las segundas, era igual a las observadas por el oftalmoscopio en la primera.

La práctica ha enseñado en seguida que a pesar de la unidad anatómica, no existe entre la arteria de la retina y las cerebrales, una unidad funcional.

Esto lo considero de una extraordinaria importancia porque enseña el criterio que debe tenerse presente en clínica cuando se quiere juzgar el estado vascular cerebral por la medida de la presión de la arteria central de la retina.

Cuando hay unidad fisiológica, la hay también patolójica. Es una ley muy común en Biología.

La mayoría de los investigadores, basados en esta falta de paralelismo funcional vaso-motor entre la arteria retiniana y las cerebrales, han pensado hacer esta observación directamente en los vasos encefálicos. Para esto practican una abertura en el cráneo del animal y observan directamente o bien colocan una ventanilla de vidrio en el sitio de la trepanación, de manera que la cavidad craneana queda completamente cerrada en las mismas condiciones de un individuo normal.

Esta observación se puede hacer al ojo desnudo, al microscopio o mejor aún por medio de microfotografías en series.

Una vez conocidas las principales técnicas de estudio de las modificaciones vaso-motoras cerebrales, pasaremos en revista la acción que tienen sobre los vasos encefálicos los diferentes estímulos que en condiciones normales, pueden solicitar esta vaso-motricidad.

En una forma esquemática podemos dividir estos estímulos o excitantes en tres categorías principales: 1º Estímulos mecánicos, 2º estímulos químicos y 3º estímulos nerviosos. Hemos dicho de una manera esquemática porque estas influencias no son nunca puras y corrientemente, se mezclan una con otras y resultan estímulos mixtos.

1º Influencias Mecánicas

En este capítulo estudiaremos sucesivamente los siguientes estímulos mecánicos capaces de obrar sobre la circulación cerebral: a) la presión arterial; b) la presión intracraneana; c) la presión venosa; y d) las excitaciones locales directas.

a) **Presión arterial.**—Desde las experiencias ya antiguas de Roy y Sherrington se sabe que la presión arterial general ejerce una marcada influencia en la circulación cerebral. Estos mismos autores creyeron que los vasos cerebrales, desprovistos de nervios vaso-motores y con paredes excepcionalmente extensibles, se dejaban distender o estrechar **pasivamente** bajo la influencia de un aumento o de una baja de la presión arterial.

Toda onda hipertensiva se acompañaría de una distensión pasiva de los vasos cerebrales y toda disminución de la presión sanguínea general traería un estrechamiento de estos mismos vasos.

Entre los autores modernos que han defendido esta manera de apreciar el problema debemos citar a Schmidt, a Kellir, a Noyons y a Finesinger y Putman, cuyos trabajos han sido publicados en estos últimos cinco años. Todos estos autores han empleado técnicas indirectas para apreciar los cambios de calibre de las arterias. En cambio Forbes y Wolff (1928) han hecho sus experiencias por medio de un control microscópico de las arterias de la pia madre y han llegado a la conclusión que las arterias cerebrales sufren alteraciones de calibre bajo la influencia de los cambios de presión sanguínea general. Desgraciadamente estas constataciones de Forbes y Wolff han sido hechas en el curso de experiencias practicadas para verificar la influencia de ciertas excitaciones nerviosas o de algunas sustancias químicas, cuya acción farmacodinámica es la de elevar la presión sanguínea. En realidad, pues, lo observado por estos dos investigadores es el resultado de la reacción pasiva y mecánica de la "poussée" hipertensiva mas la acción nerviosa y farmacodinárica de los otros excitantes sobre los vasos cerebrales. Bouckaert y Jourdan (1935) han conseguido en experiencias muy controladas el desideratum de la operación. En primer lugar ellos han elevado la presión arterial no por sustancias químicas ni influencias nerviosas, sino por la ligadura de la aorta abdominal por encima del nacimiento del tronco celíaco. Por otra parte han eliminado toda causa de error, suprimiendo los nervios vago-simpáticos, los senos carótideos y cuidando de asegurar que ninguna influencia por parte de la presión venosa venga a perturbar la experiencia.

En resumen podemos decir que los cambios de la presión arterial general influyen pasivamente, mecánicamente en la circulación cerebral. Las crisis hipertensivas se acompañan de una vaso-dilatación pasiva y las hipotensiones de

una constricción de los vasos cerebrales. Pero, como hemos dicho antes, otros mecanismos intervienen para contrarrestar esta acción mecánica y puramente pasiva de la presión arterial.

b) **Presión intra-craneana.**—La elevación de la presión intra-craneana traería como consecuencia, según Forbes y Wolff, un estrechamiento de las arteriolas y venas del encéfalo. Pero de una manera refleja este fenómeno produce una elevación de la presión sanguínea general que a su vez provoca una vaso-dilatación cerebral pasiva, como acabamos de ver. Este segundo fenómeno obra como un reflejo de defensa en las hipertensiones intra-craneanas, asegurando una permeabilidad vascular suficiente.

En los casos de hipotensión cefálica dos situaciones hay que considerar: Primero la supresión brusca de una hipertensión intra-craneana, que se acompaña inmediatamente de una fuerte vaso-dilatación cerebral; y segundo, la hipotensión intra-craneana simple, que no se acompaña de ninguna alteración funcional de los vasos.

c) **Presión venosa.**—Según la mayoría de los investigadores que se han preocupado de esta cuestión, las arterias cerebrales no reaccionarían en ningún sentido, en los cambios de la presión venosa general. En los éxtasis venosos intra-craneanos brutales, como los que se obtienen al practicar la ligadura de las venas yugulares, se observaría una lijera vaso-contricción arterial, reacción paradojal a la cual todavía no se le ha encontrado explicación.

d) **Excitaciones locales directas.**—Las excitaciones locales directas hechas en la pared misma del vaso, sean estas mecánicas o eléctricas, determinan una vaso contricción enérgica, vaso contricción localizada casi en el punto excitado. La intensidad de este espasmo arterial es apreciada por los diferentes autores entre un 40 y 80%. Riser ha visto las pequeñas arterias disminuir tanto su calibre que parecía que el vaso no admitía más glóbulos rojos.

Estos excitantes directos pueden ser o contactos mecánicos o excitaciones eléctricas, principalmente la corriente farádica. Ambos producen espasmo muy pronunciado, diferenciándose solamente en que con la electricidad se producen de más larga duración.

2º Influencias Químicas

Muchas sustancias químicas se han ensayado con el objeto de conocer su acción respecto de la vaso-motricidad

cerebral. Algunas de ellas, sustancias fisiológicas, como las llama Villaret, residen en nuestro organismo circulando en la sangre y en otros humores. La adrenalina, el extracto hipofisiario posterior, la histamina, los ésteres de la colina, el oxígeno y el anhídrido carbónico, pertenecen a este grupo. Otros, como el tartrato de ergotamina, el nitrito de amilo, la cafeina, la papaverina y los derivados barbitúricos son agentes farmacodinámicos corrientemente usados en la terapéutica vascular.

La Adrenalina es, sin duda, el vaso-motor mas importante y el más prolijamente estudiado, respecto de su acción en la circulación cerebral. Sin embargo, durante mucho tiempo la acción de este simpático-mimético fué muy discutida. Las experiencias hechas por los diferentes investigadores no concordaban en absoluto. La cuestión estudiada de nuevo en estos últimos años, con técnicas mas precisas, se ha aclarado considerablemente y hoy día podemos afirmar que la acción de la Adrenalina consiste en lo siguiente: la adrenalina inyectada en el organismo produce a nivel de las arterias cerebrales, lo mismo que a nivel de las arterias viscerales y periféricos, una vaso-contricción. Pero esta vaso-contricción cerebral aparece mucho menor que en las otras arterias, por el hecho de que ella es fácilmente y parcialmente enmascarada y neutralizada por la distensión vascular pasiva que resulta de la poussée hipertensiva adrenalínica. Esta acción mecánica de la hipertensión arterial adrenalínica es tan marcada, a veces, que al final resulta una vaso-dilatación arterial cerebral. Estos hechos explican las contradicciones de los trabajos de experimentación publicados hasta hace poco.

El extracto de lóbulo posterior de hipofisis, que es una sustancia sinérjica con la adrenalina en su rol circulatorio, ha sido también experimentado con el fin de determinar su acción sobre la vaso-motilidad cerebral. Los resultados de estas experiencias son completamente contradictorios, ya que se le ha considerado alternativamente como un vaso dilatador y como un vaso-constrictor de las arterias cerebrales. Sin embargo, las experiencias de perfusión realizadas por Finesinger y Putnam en 1933 y las efectuadas por J. J. Bouckaert y F. Jourdan en 1935, no dejan casi lugar a duda de la acción vaso-constrictora de esta hormona.

Con la **histamina** ha pasado lo mismo que con las sustancias anteriores. La experimentación ha dado resultados discordantes en manos de los diferentes investigadores. Los primeros trabajos de Lee y de Ley habrían llegado a la

conclusión que la histamina no tenía una acción dilatadora en las arterias cerebrales y aún el segundo de los autores afirmaba que esta sustancia provocaba una franca vaso-constricción. Las experiencias modernas de Forbes y Wolff y de Finesinger y Putman, llegan a la conclusión de que la histamina es un vaso-dilatador de las arterias cerebrales y que la causa de las interpretaciones erróneas en las experiencias anteriores emanaba del hecho de no tomar en cuenta algunos factores, como la anestesia por el éter y los cambios producidos en la circulación general. El éter produce una fuerte vaso-dilatación cerebral y es lógico que en estos vasos ya dilatados al máximo, no se viera la acción de la histamina.

La acción de la **acetylcolina** es muy interesante de conocer por el uso que se hace corrientemente en clínica de este fármaco para combatir muchas alteraciones vasculares encefálicas.

En general hay acuerdo en aceptar que esta sustancia produce una vaso-dilatación cerebral a pesar de la vaso-constricción pasiva que acompaña a la caída de la presión arterial general. A este respecto Villaret considera la acción de la acetylcolina en las dos condiciones siguientes: 1º cuando se coloca por vía intravenosa y a fuertes dosis, provoca una vaso-dilatación cerebral que es enmascarada por la vaso-constricción pasiva que prodnce la enérgica caída de la presión sanguínet; 2º la inyección de acetylcolina por vía subcutánea se comporta como una enérgica medicación vaso-dilatadora cerebral sin traer una apreciable baja de la presión arterial general. Y esta es la causa que aquí no haya vaso-constricción pasiva compensadora como en el caso anterior. Viliaret agrega: "Que las más pequeñas arteriolas son a la vez las que marcan la más neta vaso dilatación activa bajo la influencia de la acetylcolina y aquellas que sufren menos directamente el contragolpe de las variaciones de la presión arterial general".

De gran interés resulta el estudio de la acción sobre la circulación cerebral, de los gases normales que circulan en la sangre, **O_2 y CO_2**. La mayoría de los autores están de acuerdo en la acción vaso-dilatadora del anhídrico carbónico y reconocen que es por el aumento de este gas, en la asfixia, que se produce la vaso dilatación cerebral.

En cambio, no todos le reconocen al oxígeno el papel vaso contrictor cerebral que le han descrito algunos. Riser asegura que el oxígeno no tiene acción sobre los vasos cerebrales.

Lo mismo pasa con las variaciones del Ph. sanguíneo, donde por ser las experiencias muy pocas y contradictorias, no existe todavía un criterio uniforme a este respecto.

De mucha importancia son las experiencias realizadas para determinar la acción de la concentración del plasma sanguíneo sobre la circulación cerebral. A este respecto se han estudiado las soluciones hipertónicas salinas introducidas por vía endovenosa.

En una primera serie de experiencias, llevadas a cabo por Forbes y Wolff en 1928, encontraron estos autores que una inyección intravenosa de solución hipertónica producía una vaso constricción cerebral.

En cambio, en una segunda serie hecha en 1935 aclaran conceptos y definitivamente establecen lo siguiente: En un principio hay una reacción inicial, inmediata, de dilatación de las arterias cerebrales; enseguida viene una fase de vaso-contricción enérgica, reacción tardía, pero mas duradera que la primera.

Respecto a otras sustancias diremos solamente algunas palabras.

El tartrato de ergotamina, no tendría, según Riser, ninguna acción clara y constante en los vasos cerebrales.

La efedrina, vaso-constrictor enérgico de los vasos esplácnicos, tendría una débil reacción en este sentido en las arterias cerebrales. Su acción sería la misma que la adrenalina.

El nitrito de amilo y la cafeína, son, en cambio dos enérgicos vaso-dilatadores cerebrales. Su acción hay que estudiarla en experiencias en que no intervenga la anestesia por el éter.

La papaverina, el éter, el benzoato de benzilo, la estricnina, la atropina, la escopolamina y los derivados barbitúricos, son francos vaso-dilatadores cerebrales.

3º Influencias Nerviosas

A los dos factores anteriores hay que agregar un tercero, el de las influencias nerviosas, en el conjunto de excitantes normales sobre la circulación cerebral. A pesar que estaba en el ánimo de la mayoría de los investigadores el papel, importante que debía jugar en la regulación de la circulación cerebral el sistema nervioso vegetativo, no había podido ser demostrado de una manera irredargüible debido a la imperfección de las primitivas técnicas y al con-

cepto anatómico errado de una falta de nervios vaso-motores en las arterias cerebrales.

La experimentación fisiológica de estos últimos años y el descubrimiento de los nervios vaso-motores por Stöhr en 1922 en los vasos cerebrales y meninjeos, ha traído el convencimiento más profundo de la importancia que tiene el sistema nervioso vegetativo en la circulación encefálica. La acción vaso-motora de tres sistemas diferentes es necesario tomar en consideración a este respecto: a) la acción del simpático cervical; b) la acción del neumogástrico; y c) la acción del sistema regulador sino carotídeo.

La influencia del simpático cervical fué la primera estudiada y observada. Trabajos de Brachet, Ackermann, Von Schulter y Francois Franck en el siglo pasado habían puesto de manifiesto que la extirpación del simpático cervical determinaba una vaso-dilatación encefálica y a la inversa, una excitación mecánica o eléctrica, producía una vaso-constricción.

Las experiencias modernas de Forbes y Wolff, de Tinel y Lamach no hacen sino confirmar los trabajos de sus antecesores, pero esta vez con técnicas irreprochables. Otros experimentadores han colaborado para precisar mejor algunos detalles de los fenómenos experimentales observados, como por ejemplo, que la vaso-constricción debida a la excitación del simpático cervical es mucho menor a nivel del cerebro que a nivel de la circulación extracraneana del territorio carotídeo. El neumogástrico se comporta frente a la regulación circulatoria encefálica como el antagónico del simpático. No es este sino un caso particular del antagonismo funcional general del simpático y del parasimpático. La acción que el neumogástrico tiene sobre la vaso-motricidad cerebral se ejercería por intermedio de un reflejo, en que el vago sería la vía centrípeta del estímulo y el facial y nervio petroso superficial mayor, su vía centrífuga.

Desde 1924 ha sido necesario tomar en cuenta un tercer factor nervioso en la regulación de la circulación cerebral. En efecto, en ese año, Hering, descubría el papel, protector del seno carotídeo y del nervio fisiológico que de ahí nace y que se conoce con el nombre de nervio de Hering. La extraordinaria importancia del descubrimiento de este autor en la fisiología circulatoria se comprenderá fácilmente al poner de manifiesto el papel reflejo protector que tiene esta formación, que se encuentra en el punto de bifurcación de la carótida primitiva.

Una alza brusca de la presión arterial, obrando como

excitante del seno carotídeo, irrita al nervio depresor de Hering, que nace de él, dando como resultado una vaso-dilatación generalizada y por lo tanto una baja apreciable y rápida de la presión arterial.

Por el contrario un descenso de esta presión inhibe al aparato sinocarotídeo, produciéndose una vaso-constricción generalizada y por lo tanto una alza de la presión arterial.

Trataremos ahora de explicar la acción que tiene el seno carotídeo en la vaso-motricidad cerebral. Múltiples experiencias se han hecho con este fin, pero solamente en estos últimos años, el empleo de técnicas de observación directa ha dado la verdadera luz en este asunto. El estudio del comportamiento de la circulación cerebral en relación con el senocarotídeo, fué iniciado por Rin en 1929, empleando la técnica de la medida del debit circulatorio cerebral por medio del termostromur. De este modo este autor observó que la hipotensión intracarotídea provocaba un aumento del debit sanguíneo cerebral. Esto no podía deberse a otra cosa que a una vaso-dilatación de las arterias cerebrales.

Gollwitzer-Meier y Schulte (1932) por su lado han observado las arterias retinianas, después de producir un alza de presión intracarotídea o de excitar eléctricamente el seno; habiendo podido comprobar en estas condiciones una vaso-constricción en dichas arterias. De esto deducen los autores citados que a nivel de los vasos cerebrales también se ha producido una vaso-constricción.

Es necesario llegar a las célebres experiencias de Ask-Upmark, cuyos trabajos en esta materia constituyen la fuente mas digna de información, para poder asegurar con la certidumbre de lo objetivo estas suposiciones de los investigadores anteriores.

En efecto, los métodos indirectos dejan mucho a la interpretación personal y la identidad fisiológica de las arterias retinianas y cerebrales está muy lejos de estar demostrada. Ni en clínica ni en las experiencias farmacodinámicas de algunas sustancias, se ha encontrado esta identidad. He observado en múltiples ocasiones lesiones de las arterias retinianas y con más frecuencia hipertensiones arteriales a este nivel, que no se acompañaban de ningún trastorno vacular encefálico. La falta de identidad funcional se acompaña en muchos casos de falta de identidad patológica. Este detalle tiene, a mi entender, mucho interés ya que es conocida de todos la importancia exajerada que se le está dan-

do a la presión de la arteria central de la retina como signo de alteración de los vasos cerebrales.

Ask-Upmark, empleando el método de observación directa de los vasos cerebrales, dejó sentado de una manera definitiva de que la excitación del seno carotídeo provoca en el 85% de los casos una vaso-constricción de las arterias del encéfalo y que la inhibición de este aparato por caída de la presión arterial se acompaña de una dilatación de esos mismos vasos.

Para explicar estos fenómenos existen dos teorías: la teoría nerviosa y la teoría mecánica.

La teoría mecánica explica los hechos de la siguiente manera: cuando se excita el aparato seno-carotídeo se produce un descenso de la presión arterial general y esto trae como consecuencia una vaso-constricción cerebral mecánica, como ya lo hemos visto en un capítulo anterior. Al contrario, la inhibición del nervio de Hering, por una caída brusca de la presión, provoca una alza de la presión arterial y esto, pasivamente, una vaso-dilatación cerebral.

La acción del seno-carotídeo en la circulación cerebral sería, pues, una simple acción mecánica de la circulación general sobre los vasos cerebrales. Esta teoría estaría de acuerdo con las leyes generales de la fisiología. Su lógica y simplicidad cautiva desde un principio.

La teoría nerviosa explica los hechos admitiendo que el nervio de Hering sería, cuando se excita, vaso-dilatador de la circulación general y vaso-contrictor de la circulación cerebral. Lo contrario cuando se inhibe. Difícilmente se puede acomodar esta explicación con otros hechos ya establecidos en fisiología general.

Por otra parte Heymans y Bouckaert en 1932 han demostrado por medio de sus experiencias de circulación cruzada, sustrayendo la circulación cerebral a la influencia de la circulación general, que la excitación o inhibición del seno carotídeo se acompaña de vaso-dilatación o vaso-constricción cerebral respectivamente.

A título de conclusión diremos, pues, que toda esta cuestión de la acción del seno-carotídeo sobre las arterias cerebrales se podría resumir en las dos conclusiones siguientes:

1º) La excitación del seno carotídeo determina una vaso-dilatación generalizada (circulación general y cerebral).

2º) La vaso-dilatación general produce un descenso de la presión y como consecuencia un vaso-constricción pasiva de los vasos cerebrales. Esta vaso-constricción pasiva es muy

intensa y anula completamente a la vaso-dilatación activa, producto de la acción refleja de la excitación del seno. Todo lo contrario pasa cuando se producen fenómenos de inhibición en el seno-carotídeo.

CAPITULO IV

FISIOPATOLOGIA DE LOS TRASTORNOS VASCULARES ENCEFALICOS

La teoría clásica sobre la fisiopatología de los trastornos vasculares encefálicos satisfizo por mucho tiempo a fisiólogos y patólogos. Su sencillez, su lógica aparente de cómo explicaba los hechos y la inercia paradojal de muchos fenómenos de la medicina clásica, hizo que fuera adoptada rápidamente por el mundo médico del siglo pasado y que fuera mantenida hasta nuestros días. Los trastornos vasculares, según esta teoría se debían a dos clases de lesiones, hasta cierto punto, opuestas: la trombósis y embolía, lesiones que por intermedio del déficit circulatorio producían la muerte irreparable de una porción mas o menos importante del tejido cerebral; siendo su consecuencia el reblandecimiento. Por otro lado la hemorragia del cerebro, que consistía en la rotura vascular en un punto de menor resistencia y en la irrupción de la sangre extravasada en pleno parenquima produciendo la compresión o la destrucción de una parte de la sustancia nerviosa.

De este modo, reblandecimiento se oponía a hemorragia y por este mecanismo tan sencillo se explicaba toda la enorme complejidad de la sintomatología de los accidentes vasculares cerebrales, desde el coma apopléctico con su paralización de todas las funciones del cerebro, hasta el polimorfismo sintomático de los cuadros pseudo-bulbares y lacunares seniles.

El conocimiento cada vez mayor de la fisiología de la circulación cerebral, la demostración de la inervación de los vasos sanguíneos cerebrales, y el estudio anátomo-clínico de los casos de lesiones vasculares encefálicas, hecho con un espíritu de alta crítica, nos han venido a revelar hechos nuevos y a proponer interrogantes que la teoría clásica no es capaz de resolver.

a) **Trastornos vasculares encefálicos transitorios.** — El hecho que primero llamó la atención fué que existían trastornos vasculares transitorios que enjendraban síntomas o

cuadros clínicos pasajeros, que después de algunas horas desaparecían sin dejar rastro. Una hemiparesia, una hemianopsia, una afasia, una anestesia, una amaurosis pasajera, son los síntomas que caracterizan a esta verdadera **claudicación intermitente** del cerebro.

Partiendo de otros hechos análogos observados en otros territorios vasculares se pensó, y con mucha justicia, que estos síntomas se debían a espasmos vasculares encefálicos

Una lesión incipiente en la pared vascular y un estado humoral, aun mal determinado, de la sangre, serían causas provocadoras de este espasmo vascular. La hiperviscosidad y el Ph. sanguíneo, no serían factores extraños a la producción de esta alteración funcional localizada de la circulación. Algunos de los factores humorales deben obrar por intermedio del simpático perivascuiar y de ahí la importancia que en estos últimos años se le da a este sistema en la producción del espasmos vasculares.

La fisiología de la circulación cerebral ha puesto de manifiesto todo el papel vaso-motor, vaso-constrictor, que tienen las excitaciones mecánicas locales de la pared de los vasos cerebrales. Está demostrando que esta excitación mecánica, se haga en la parte externa de la pared o en la parte interna, siempre el vaso responde con una enérgica vaso-constricción. ¿Qué otra cosa, que un excitante mecánico permanente, agravado por factores humorales, es una lesión de la pared vascular?

b) **Fisiopatología del coma apopléctico.**—Un segundo hecho que ha llamado la atención es que una lesión tan pequeña a veces y tan localizada como es el reblandecimiento o la hemorragia cerebral, pueda producir una inhibición completa de todo el cerebro, paralizando todas sus funciones y produciendo la apoplexia cerebral.

Observaciones anátomo-clínicas hechas en cerebros de individuos recién muertos y sin haber sufrido el formolaje, han revelado finas alteraciones vasculares generalizadas y que serían la causa primera del coma apopléctico. Una lesión vascular embólica o trombósica produce un choc vascular reflejo generalizado, que se traduce por una vaso dilatación paralítica de los capilares y del sistema venoso. Esta vaso-dilatación perturba, por el éxtasis que produce, toda circulación cerebral y por ende todas las funciones del cerebro.

Es necesario dejar bien establecido que esta vaso-dilatación del sistema capilaro-venoso es una inhibición de la vaso-motricidad vascular y no un fenómeno activo.

No son, pues, fenómenos de anemia cerebral ni de hi-

peremia activa los que perturban el funcionamiento del cerebro para producir el coma, no es tampoco su compresión como lo pensaba Pierre Marie, sino la anoxemia producida por este éxtasis circulatorio.

c) **Fisiopatología del reblandecimiento cerebral.** — La teoría clásica explicaba la mortificación de una parte del territorio cerebral hasta llegar a su reblandecimiento, por el déficit circulatorio que producía mecánicamente el trombus o la embolía arterial. Este criterio se encontraba fuertemente apoyado por la creencia de que las arterias cerebrales eran estrictamente terminales. En una palabra fisiopatológicamente hablando el déficit circulatorio que provocaba el reblandecimiento era debido sencilla y absolutamente al factor mecánico de obstrucción vascular que representaba el émbolo o el trombus.

Los trabajos de Pfeiffer y otros han demostrado en una forma irredargüible que las arterias cerebrales, por lo menos las de la zona córtico-subcortical, no son terminales sino que se anastomosan ampliamente poniendo en relación los diferentes territorios vasculares.

Estudios anátomo-clínicos hechos por J. Ley, Pagniez y otros, han puesto en evidencia que el factor mecánico y anatómico que representa el trombus no basta para explicar el deficiente déficit sanguíneo capaz de producir el reblandecimiento y que forzosamente deben existir otros factores que combinándose a éste produzcan esta necrobiosis.

En efecto, al lado del obstáculo mecánico intervienen factores funcionales que parecen jugar un papel de primer orden en la producción del reblandecimiento. Estos factores funcionales son alteraciones vaso-motoras que sufren los vasos contenidos en el foco amenazado. Ya hemos visto que estas alteraciones, en casos de embolía o reblandecimiento de una arteria importante, se producían a nivel de todo el cerebro, aún en el hemisferio del lado sano y que eran el substratum funcional del coma apopléctico, pero que nunca alcanzan la intensidad que en la región amenazada de reblandecimiento. Estas alteraciones funcionales o factores funcionales del reblandecimiento cerebral consisten en una vaso-dilatación paralítica de los capilares y venas, lo que produce una éxtasis circulatoria intensa y la anoxemia correspondiente.

Parece que esta anoxemia por éxtasis circulatoria tenga aún mayor importancia en la mortificación del parenquina noble que la misma obstrucción de su tronco arterial.

Estos conceptos nuevos no tienen solamente la impor-

tancia teórica que a primera vista salta, sino que también un alto significado práctico en la terapéutica, pues sobre estos importantes factores funcionales podemos obrar con nuestros medios y en muchos casos salvar de la muerte anatómica al territorio trombosado.

Así pues desde ahora debemos aceptar dos categorías de factores causales en el determinismo del reblandecimiento cerebral: 1º Un factor mecánico y anatómico que es la lesión arterial estenosante y 2º Un factor, o mejor, un grupo de factores vasculares funcionales, posiblemente de mayor importancia que el primero.

El obstáculo mecánico según las observaciones anátomo-clínicas a que he hecho referencias anteriormente, no bastaría por si solo para producir la muerte de una parte del tejido nervioso y aún más en casos de trombosis franca no se encontró la necrobiosis.

En el caso de J. Ley se trataba de una obliteración total del tronco de la silviana y a pesar de haber supresión funcional del territorio en cuestión, no había anatómicamente hablando reblandecimiento cerebral. La obstrucción de la silviana en este caso habría sólo producido la muerte funcional de su territorio vascular pero no la muerte anatómica. Pagniez encuentra en una autopsia que el tronco de las arterias ascendentes, ramas de la silviana, estaba completamente obliterado por una trombosis y que sin embargo sus ramas se encontraban llenas de sangre y perfectamente permeables.

En cambio, otras observaciones han señalado hechos completamente opuestos, es decir, lesiones insignificantes en las arterias y completas necrobiosis en sus territorios correspondientes, así por ejemplo, Alajuanine cita los casos de Foix e Hillemand los que estudiando cortes del vaso correspondiente al territorio reblandecido no encontraron la obliteración, sino lesiones discretas, incapaces de producirlo. Riser ha estudiado por medio de inyecciones coloreadas la permeabilidad del vaso correspondiente a territorios encontrados completamente necrobióticos y en muchos de ellos no ha podido encontrar la lesión estenosante que explique esos reblandecimientos.

De este modo los factores funcionales adquieren una importancia extraordinaria en la fisiopatología de las lesiones vasculares encefálicas. Perturbaciones vaso-motoras en el cerebro y alteraciones en la presión arterial general, son las más importantes de estas perturbaciones funcionales.

El primer grupo consiste en una vaso-dilatación paralí-

tica de los capilares y de las venas del cerebro en una extensión mas o menos grande, según la importancia del proceso obliterante y siempre mas acentuado a nivel del territorio vascular comprometido. Esta vaso-dilatación paralítica produce un éxtasis circulatorio, vale decir, una detención de la circulación, la que por la anoxemia provoca la muerte del tejido nervioso en cuestión. Si esta perturbación funcional no tuviera la principal parte en el proceso necrobiótico, por lo menos su papel debe ser tan importante como la obstrucción arterial misma.

La vaso-dilatación paralítica produce el éxtasis circulatorio porque la pérdida del tonus de los capilares y venas no permite la circulación de vuelta. En efecto, la "vis a tergo" y la aspiración torácica no son sino factores coadyuvantes al tonus de los capilares y a la contractilidad de las venas en el retorno de la sangre hacia el corazón.

La circulación cerebral a pesar de todos los mecanismos defensivos, como el funcionamiento del seno-carotídeo, las influencias del sistema nervioso neuro-vejetativo y las condiciones anatómicas de las arterias que llevan la sangre al encéfalo, sufre en el estado normal, y con más razón, en el estado patológico, la influencia de los cambios bruscos y marcados de la presión arterial general.

De esta manera una "poussée" de hipertensión en un hipertenso habitual y con más razón los accesos hipertensivos paroxísticos pueden producir una apoplexia cerebral y un foco de hemorragia o reblandecimiento a nivel de los territorios afectos de lesiones vasculares. La vaso-dilatación pasiva que provoca la "pousée" de hipertensión arterial, no alcanza, como en el estado normal, a ser compensada y neutralizada por los medios defensivos y reguladores ordinarios. Los vasos cerebrales con su vaso-motricidad relativamente pobre se comportan como una cosa muerta incapaz de reaccionar al choque mecánico y se dejan distender hasta un límite tal que ya les es imposible poner en juego su propia defensa. Esta distensión mecánica es más intensa, como se comprende, a nivel de los capilares y venas, donde las fibras elásticas y los elementos musculares contráctiles son más escasos. Por otra parte un cierto grado de hipertensión arterial es necesario para mantener la circulación en buenas condiciones en los territorios vasculares enfermos. Es necesaria esta reacción de defensa para mantener el debit circulatorio en los vasos estrechados y ríjidos de los arterioescleróticos. El descenso de la presión arterial en estas condiciones hace que la circulación se haga

extremadamente lenta a nivel de las arterias cerebrales enfermas, lo que facilita la formación de trombus. Por otra parte la fisiología nos enseña que en estas condiciones se produce un estrechamiento de las arterias cerebrales, lo que hace disminuir más todavía el debit circulatorio. Así, pues, disminución de la capacidad de los vasos y lentitud de la circulación dan por resultado disminución del debit circulatorio del cerebro.

Una vez producido el trombus, este obra de una manera refleja para producir los trastornos funcionales vasculares (vaso-dilatación paralítica del sistema capilar venoso), los que traerán un éxtasis circulatorio, responsable de la apoplexía y del foco de reblandecimiento cerebral.

Daré a continuación algunos ejemplos recojidos en mi práctica profesional ya sea de la clientela hospitalaria o de mi clientela civil:

Un niño de 14 años de edad tiene una hemiplegía derecha con síntomas afásicos y sin haber presentado una apoplexía completa, después de una intervención quirúrgica de urjencia (Apendicectomía).

Entre sus antecedentes se encontró una posible heredolúes. Después de la operación tuvo síntomas de desfallecimiento cardíaco con descenso acentuado de la presión arterial, que obligó a hacerle un tratamiento tónico-cardíaco y elevador de la tensión sanguínea.

Un hombre de 64 años, sin antecedentes de importancia, es operado de una hernia estrangulada. Dos horas después de la intervención presenta una hemiplegía izquierda de tipo cortical. Su presión arterial, que era antes de (21-10) al Pachon, descendió después de la operación a (14-7).

Un hombre de 25 años, jornalero, recibe una herida punzante del bazo. A las pocas horas después del accidente es operado por síntomas de abdómen agudo y anemia aguda. Se encuentra gran hemoperitoneo. A los pocos días después el enfermo presentó una parálisis flácida del miembro inferior izquierdo. Esta parálisis pronto se acompañó de atrofia muscular. Los reflejos estaban abolidos y había un claro signo de Babinski. Este cuadro de difícil interpretación fué considerado como un foco de mielomalacia a nivel del engrosamiento lumbar, mielomalacia, que comprometía las astas anteriores y los haces piramidales de ese lado.

La gran anemia producida primero por la herida del bazo y por la esplenectomía después, han provocado una baja muy grande de la presión arterial, lo que produjo, por

factores locales que desconocemos, un reblandecimiento medular a ese nivel.

En una enferma de 52 años, hipertensa y con una aortitis, se presentó casi inmediatamente después de una sangría de 500 gr., hecha por un ataque de angina pectoris, una hemiplegía completa del lado derecho, acompañada de coma.

Recuerdo perfectamente otro caso que me tocó atender en el servicio de emerjencia a domicilio de la Asistencia Pública. Se trataba de una señora de 64 años de edad con un síndrome cardio-renal descompensado. Fué atendida por un ataque de edenia pulmonar agudo. Presión: 24-14. Sangría 500 gramos. Mientras se mejoraban las condiciones pulmonares y cardíacas, se produjo al final de la sangría una hemiplegía izquierda de tipo cortical. Esta parálisis fué mejorando rápidamente en los días siguientes, hasta desaparecer casi completamente a los cinco días.

Las hemiplegías transitorias de los cardíacos, los casos de parálisis descritos después de intervenciones en personas de edad avanzada, lo mismo que las aparecidas después de inyecciones de vagotonina, podrían esplicarse perfectamente como causadas por el brusco descenso de la presión arterial, ya sea por el choc o por la insuficiencia cardíaca. La localización en tal o cual territorio arterial cerebral o medular sería la consecuencia de lesiones ateromatosas o arteríticas preexistentes.

4) **Fisiopatología de la hemorragia cerebral.**—Ya hemos dicho que la patogenia de la hemorragia cerebral, hasta hace algunos años, no ofrecía ninguna duda. Se trataba de la roptura de una arteria cerebral y del derrame sanguíneo consecutivo en el parenquima ambiente. Esto traía, por una parte, los síntomas focales de destrucción y por otra la producción del coma apopléctico.

No se puede negar que existen los casos de hemorragia cerebral por rotura vascular, pero esta enfermedad, que debe llamarse hematoma cerebral no presenta el cuadro sintomático de los casos que en clínica llamamos de hemorragia cerebral.

En la enorme mayoría de los casos catalogados clínicamente como hemorragia cerebral, no se trata de este hematoma debido a una roptura vascular, sino de una hemorragia difusa más o menos abundante, producida, no por roptura vascular, sino por diapedesis. Esta hemorragia diapedética, llamada también hemorragia post-apopléctica es la

forma más común observada en clínica y perfectamente diagnosticable por su especial sintomatología.

El hematoma cerebral o hemorragia por la rotura vascular, enfermedad rara, se produce comunmente a nivel de los núcleos centrales del cerebro. Su patojenia, sin duda, se debe a una lesión preexistente de la arteria y a una "poussée" hipertensiva. Su sintomatología es poco ruidosa al principio, pues se comporta como un tumor cerebral agudo. Primero signos focales de destrucción o irritación; después síntomas de hipertensión intracraneana, ya que se trata de una verdadera neoformación aguda; y por último, estado comatoso progresivo y tardío.

La hemorragia cerebral, por diapedesis sanguínea llamada hemorragia cerebral post-apopléctica, es la forma mas comunmente observada. Su causa o patogenia es la éxtasis circulatoria producida por la vaso-dilatación paralítica del sistema capilar-venoso.

Esta alteración vascular funcional, que es el substratum fisiopatológico de la apoplegía y del reblandecimiento cerebral, es también la causa de la hemorragia cerebral post-apopléctica.

A la vaso-dilatación paralítica con éxtasis circulatorio se agregan los factores orgánicos de las lesiones arteriales preexistentes para producir el fenómeno diapedético con tanta intensidad que da lugar a una verdadera hemorragia.

En esta forma se produce la extravasación de los elementos sanguíneos que puede alcanzar varios grados. En un primer grado el derrame de sangre alcanza sólo el espacio perivascular que distendiéndose produce formaciones que son los llamados aneurismas miliares de Charcot y Bouchard. El derrame aumentando presenta el segundo grado de intensidad, que se caracteriza por la acumulación de una cantidad mayor o menor de sangre en el interior mismo del parenquima cerebral, destruyendo y comprimiendo elementos del tejido noble. Por último, en un tercer estado, la perturbación es tan intensa que la extravasación produce un derrame que dislacerando el tejido nervioso llega hasta las cavidades ventriculares o hasta el espacio subaracnoideo.

Indudablemente que estas grandes colecciones sanguíneas, pueden acompañarse de ropturas vasculares secundarias, principalmente de venas, que producen a su vez hemorragias. La fuerza destructora del derrame diapedético no solo es capaz de destruir el tejido noble, sino que también destruyen vasos frágiles como son las venas y los capilares. Antes de terminar con este capítulo de fisiopatolo-

gía de las lesiones vasculares encefálicas y a manera de resumen haremos algunas consideraciones de carácter general. Reblandecimiento y hemorragia cerebral no son dos procesos anátomo-patológicos, cuya fisiopatología sea diferente sino que es idéntica. El substratum funcional común es la vaso-dilatación paralítica y el éxtasis circulatorio que de ella resulta.

Cuando se produce el trastorno vascular el proceso no se dicotomiza en el sentido alternativo de un reblandecimiento o de una hemorragia exclusiva, sino que ambos procesos se pueden desarrollar a la vez en el mismo momento y en el mismo lugar.

El ictus apopléctico se debe a la éxtasis circulatoria general por la anoxemia que ella produce y no directamente a la existencia del foco de reblandecimiento o de hemorragia cerebral, ya que esta paralización brusca de todas las funciones del cerebro se puede observar sin la existencia de focos de reblandecimiento o de hemorragias.

La existencia de los espasmos vasculares está demostrada por la clínica primeramente, por la fisiología en segundo lugar y por la comprobación histológica de los nervios vaso-motores en las arterias cerebrales.

CAPITULO V

Deducciones terapéuticas.—Ya hemos dicho al comenzar este capítulo que nuestros medios terapéuticos nada pueden contra las lesiones arteriales, contra lo que se ha llamado factores orgánicos de los trastornos vasculares encefálicos. En cambio, una acción contra las perturbaciones funcionales vasculares, alteraciones de orden físico o mejor físico-biológico, es posible al conocer exactamente la naturaleza de esas perturbaciones y la acción farmacodinámica de las indicaciones a usar.

Hemos visto que el substratum fisiopatológico de los trastornos vasculares encefálicos consiste en una vaso-dilatación paralítica del sistema capilar-venoso, que produce una extasia de la circulación cerebral y en trastornos de la presión sanguínea general.

Tomando en cuenta estas consideraciones pasaremos en revista las distintas medicaciones y las distintas disciplinas terapéuticas puestas en uso hasta aquí para combatir el estado de apoplexía, la hemorragia y el reblandecimiento cerebral.

En primer lugar se evitará toda movilización innecesaria del enfermo, y en caso de tenerlo que mover para efectuarle algunas indicaciones, se haría con maniobras lentas y con toda clase de precauciones. La posición más conveniente para el enfermo será la semi-sentada libre de todo entorpecimiento para la circulación de vuelta, a nivel del cuello y sin trabas en los movimientos respiratorios. Esta posición semi-sentada y la abstención de la alimentación bucal evitarán las neumonías sépticas por aspiraciones. La toilette general del enfermo principalmente de las zonas cercanas a los emuntorios naturales evitará las escaras de decúbito.

La punción lumbar ha sido una maniobra que se ha hecho por largo tiempo en el tratamiento de estos casos. Aun hoy día, muchos médicos la practican sistemáticamente con el fin de aliviar las condiciones de los pacientes. Respecto a este punto la nueva escuela rechaza categóricamente esta maniobra, por considerarla inútil y aún peligrosa.

Es inútil porque en estos casos no hay una hipertensión intracraneana que combatir, pues no existe una hiperhemia propiamente dicha, sino una detención de la circulación, una verdadera extasia.

Es peligrosa porque la substracción de una cantidad apreciable de líquido céfalo-raquídeo trae un descenso de la presión intracraneana que es la contrafuerza para mantener la dilatación pasiva de las venas que han perdido su tonicidad.

Otra de las maniobras que ha gozado y goza de gran prestigio en el tratamiento de los trastornos vasculares encefálicos, principalmente en la apoplexia, es la sangría. La práctica de la extracción de una gran cantidad de sangre es muy antigua y alcanzó su auge en la época en que se consideraba el ictus apopléctico como una manifestación de la congestión del encéfalo.

Esta práctica a la luz de las adquisiciones nuevas se presenta como inútil y peligrosa. Como inútil, ya que no se trata de congestión propiamente dicha, sino de una parasalización de la circulación; es el éxtasis y no la masa sanguínea la que provoca los trastornos. Es peligrosa, porque produciendo una gran baja de la presión arterial general, los mecanismos reguladores como el seno-carotídeo, no alcanzan a contrabalancear su efecto y por esta causa engendra un estrechamiento de las arterias del cerebro con todas las consecuencias que ya hemos visto antes.

Por otra parte, la lentitud de la circulación aumenta el éxtasis y expone a la producción de nuevos trombos en las arterias enfermas y estrechadas. Esto hace, además, muy difícil la circulación colateral.

En estas condiciones sólo dos medicaciones se nos presentan, por sus acciones farmacodinámicas, como verdaderamente lógicas y recomendables: los tónicos cardio-vasculares y los vaso-dilatadores del grupo de la acetilcolina.

Los tónicos cardíacos, aumentando, o mejor dicho, manteniendo una impulsión sanguínea suficiente, hacen posible la circulación colateral de suplencia; regularizan la circulación general y la estimulan, dando por resultado una disminución del éxtasis capilar y venoso del cerebro. En este mismo sentido obrarían las inyecciones o la ingestión de suero glucosado o fisiológico.

En cuanto a la acetilcolina, su acción en el enfermo es un poco complicada y no está todavía definitivamente establecida. Si la experiencia clínica está bien demostrada en el sentido de su eficacia en los trastornos vasculares encefálicos, su manera de obrar, su farmacodinamia es discutible en cuanto a esto.

Fisiológicamente hemos visto que la inyección subcutánea de acetilcolina y en dosis moderadas produce una vasodilatación activa de las arterias cerebrales que no alcanza a ser anulada por la hipotensión arterial general, que tiene tendencia a producir una vaso-constricción en los vasos del cerebro. Su acción en el coma apopléctico y en los focos de reblandecimiento y hemorragia post-apopléctica, se podría explicar por la vaso-dilatación activa de las arterias cerebrales, que haría posible el restablecimiento de la circulación en las coterales de suplencia.

Acción sobre la extasia sanguínea debida a la parálisis vaso-motora del sistema capilar venoso, parece no tener ninguna.

Dr. Virgilio Capelli

Neuro-psiquiatra de los Hospitales de Valparaíso

La cura quirúrgica de la epilepsia llamada esencial

De antemano debo confesar que uso la expresión esencial por pura comodidad, pero reconozco que esta palabra no debería usarse.

En la actualidad, la que, con lindas palabras que esconden nuestra ignorancia, llamamos forma esencial o criptogenética, no es más admitida; ya no se acepta la antigua división de epilepsias esenciales y epilepsias sintomáticas. La forma esencial, la más frecuente de todas las formas epilépticas, aquella que era admitida como exquisitamente hereditaria, como una neurosis sin lesión orgánica, es, al contrario, según Pierre Marie, consecuencia de lesiones encefálicas a veces pequeñísimas, de naturaleza y origen variabilísimo y reconocidas aún cuando no sean puestas en evidencia por los métodos actuales de investigación.

La epilepsia no es constitucional ni congénita, es personal y adquirida. La ciencia con su paso lento, pero seguro, ha dado ya explicaciones a muchos fenómenos que hasta ahora eran inexplicables y va reduciéndose día a día el número de las formas esenciales de las cuales no se conoce la patogénesis. Las causas patogénicas son casi infinitas. Una de las más frecuentes es el traumatismo obstétrico y las toxi-infecciones infantiles que han ofendido el encéfalo provocando lesiones meningo-cerebrales que, aunque pequeñísimas pueden, con el tiempo, desencadenar las crisis, por un mecanismo especial que varía de caso a caso

Si cuando observamos a un epiléptico durante la crisis,

con su respiración estertorosa, con los movimientos tónico-clónicos, con el aumento de los reflejos tendinosos, con su Babinski positivo, con su midriasis al máximo, en vez de quedarnos mirando el fenómeno, pensáramos lo que posiblemente sucede en este momento en el cerebro, llegaríamos a pensar que este enfermo está haciendo un trabajo y talvez haga un gran trabajo de veras; como para conseguir un equilibrio, como para vencer un obstáculo, como para dar paso libre a algo que queda bloqueado.

Es sabido que el líquido c. r. aumenta en la crisis epiléptica. El aumento del líquido ejercería una fuerza brutal de adentro hacia afuera; las zonas de Rolando son como irritadas, como si fueran excitadas por corrientes eléctricas; ¿es tal vez que los puntos psicomotores escalonados en el zona Rolándica son aplastados entre el líquido en fuerte tensión y que la pared ósea no cede? Vencido el obstáculo, como generalmente sucede, el individuo vuelve a la vida; a veces sucumbe en la lucha.

En verdad, esta teoría es muy sugestiva. Cierto que se podría objetar ¿por qué si hay algún obstáculo en el circulación del líquido este fenómeno no se produce más a menudo? ¿No hay epilépticos que tiene largos intervalos sin crisis? A esta pregunta no es fácil contestar. Tal vez habrá períodos en que las vías estén más libres, en que los corpúsculos de Pacchioni funcionen bien, faltará tal vez la chispa eléctrica que hace estallar la descarga; ¡quien sabe! Cierto que la teoría es muy sugestiva y cada día más aceptada, especialmente por los experimentos de Dandy.

También es cierto que las ausencias se ponen en el capítulo de la epilepsia, por cuanto tienen de común la interrupción de la conciencia, pero hay que reconocer que el mecanismo debe ser bien distinto y puede ser que algún día las ausencias pasen al campo de la psiquiatría pura, separadas de la epilepsia motora; a menos que tengan razón aquellos autores que creen que cuando el insulto es mayor en la zona Rolandico-temporal, tenemos los **fenómenos motores y el grito**, pero, por el contrario, cuando el insulto lo reciben más las regiones frontales, tendríamos **sólo fenómenos psíquicos.** También esta teoría es genial y convincente: si non é vero é ben trovato!

Para explicar la causa del mal llamado esencial se ha estudiado el metabolismo del ázoe, del amonio, de la creatina, de los lipoides, del calcio, del agua, del azúcar, de las glándulas endocrinas, la anafilaxia, las crisis-coloido clásicas; no hay piedra que no se haya movido. Se han derramado ríos de tinta sobre el desequilibrio neuro-vegetativo

reflejo óculo—cardíaco, vagotonismo, pero hasta ahora todo esto no sale del campo de las hipótesis. Se han hecho operaciones sobre las cápsulas sufrenales, tiroides, ovarios, testículos, etc., pero sin resultado y a veces con franco empeoramiento. Hoy los estudios se orientan hacia: la constitución de la sangre, el equilibrio del líquido céfalo-raquídeo, las funciones endocrinas y las perturbaciones del gran simpático y casi todos están de acuerdo en que el insulto epiléptico es debido a trastornos circulatorios que se manifiestan bajo la forma de espasmos.

Entre el sinnúmero de epilepsias hay, sin duda, epilepsias que tiene como causa patogénica trastornos circulatorios mecánicos, del líquido c. r. y otras que tiene como causa espasmos debidos a alteraciones del gran simpático. Sobre estas formas deseo llamar la atención en este trabajo.

El mecanismo de la epilepsia es distinto de caso a caso pero casi todos los autores están de acuerdo en que en el momento de ia crisis la presión del líquido es muy alta y de que el líquido no es solamente en cantidad exagerada, sino que a veces no es uniformemente distribuído, presentándose el fenómeno que se llama hidrocefalía externa. El encefalograma demuestra en efecto que en muchos de estos enfermos existen dilataciones parciales de los espacios sub-aracnoídeos. Bajando de una manera temporánea o durable la presión del líquido c. r. puede disminuir y a veces desaparecer la crisis. Dandy y Foester creen que la hipertención que hace desencadenar el insulto es casi siempre debida a una hidrocefalía externa; la acumulación del líquido se hace habitualmente en la región fronto-parietal. Fay atribuye la acumulación del líquido a un defecto de reabsorción; el obstáculo puede ser la obliteración de los vilos de la aracnoides o un obstáculo de la circulación en un punto cualquiera; de ahí se han estudiado los más ingeniosos y atrevidos actos operatorios, que veremos después.

Operación de Dandy

Para comprender estas operaciones tenemos que hacer algunos recuerdos sobre el líquido c. r.

Se admite ahora que el líquido c. r. se forma por los plexos coroides de los ventrículos cerebrales. La prueba concluyente de que los plexos originan el líquido c. r. la proporciona la observación de Dandy, de que puede producirse experimenalmente hidrócefalo por oclusión de uno de los agujeros de Monro, cosa que no ocurre si se extirpa pre-

viamente el plexo coroides del ventrículo lateral. El líquido c. r. formado por los plexos coroides de los ventrículos laterales pasa por los agujeros de Monro al tercer ventrículo y de aquí por el acueducto de Silvio al cuarto. Deja el cuarto ventrículo por los tres orificios del velo medular inferior, foramen medio de Magendie y los dos laterales de Luschka, alcanzando así al espacio sub-aracnoide y expandiéndose en la cisterna magna. Después de alcanzar el espacio sub-aracnoideo en la cisterna magna, el líquido corre hacia abajo por el espacio sub-arancoideo espinal y hacia adelante y hacia arriba a la base del cerebro para alcanzar la superficie de los hemisferios. Por encima de ellos llega al vertex, acumulándose la mayor parte, como es natural, donde los cauces son más profundos, es decir, sobre los zurcos principales.

Durante muchos años se consideró el líquido c. r. como una secreción de los plexos coroides, pero la opinión que en la actualidad parece más firme es que se trata de un dialisado producido por filtración a través de una membrana semi-permeable. Weed ha esclarecido que la presión del líquido es, en estado normal, superior a la de la presión venosa en el seno sagital y que se influencia en el mismo sentido por las alteraciones de la presión venosa intracraneana y en menor grado por la de la arterial. Además, Dandy demostró que la ligadura de la vena de Galeno que drena los plexos coroides de los ventrículos tercero y laterales ocasionaba hidrocéfalo interno y que el aumento de la formación del líquido resultante se debía a la elevada presión capilar de los plexos. Weed y sus colaboradores han demostrado también que la inyección intravenosa de soluciones salinas hipertónicas que elevan la presión osmótica de la sangre disminuye marcadamente la presión del líquido c. r. y que las soluciones hipotónicas tienen efecto inverso.

Hidrocéfalo Externo

El hidrocéfalo externo, es decir, exceso de líquido c. r. fuera de los ventrículos cerebrales es una afección rara, pero que puede dar crisis epilépticas.

Hidroféfalo Interno

Se llama así a la dilatación de una parte o de todo el sistema ventricular cerebral.

Puede originarse de tres maneras, como resultado de:

1) Una formación excesiva de líquido cefaloraquídeo.
2) Una obstrucción a su circulación.
3) Una dificultad de absorción.

Formación excesiva

1) Dandy demostró experimentalmente que puede producirse hidrocéfalo mediante la ligadura de la gran vena de Galeno; si se liga en su orígen, la causa probable del hidrocéfalo es una hiperproducción del líquido cefaloraquídeo debida a la congestión venosa de los plexos coroides.

Obstrucción de la Circulación

2) La obstrucción a la circulación del líquido c. r. puede ser consecuencia de un tumor cerebral o de las adherencias que se producen en las inflamaciones de las meniges. Las anomalías congénitas, tales como la atrepsia del acueducto de Silvio o el mal desarrollo del espacio subaracnoideo, pueden producir ocasionalmente el mismo resultado. Puede presentarse en las siguientes situaciones:

A.—En uno o en ambos agujeros de Monro; ésto ocasiona la distensión de uno o de los dos ventrículos laterales. Puede producirse comunmente por un tumor de los plexos coroides. Si el tumor es movible, la obstrucción puede ser intermitente y dar lugar a cefalea paroxística y vómitos que se mejoran cambiando la postura de la cabeza. Dott (8) ha descrito un caso de hidrocéfalo unilateral de un niño, debido a la obliteración de un agujero de Monro por cicatriz y ha revisado la literatura.

B.—En el acueducto de Silvio. Esto ocasiona la distensión del tercero y de los 2 ventrículos laterales. Usualmente es resultado de un tumor que puede radicar en la parte posterior del tercer ventrículo, el mesocéfalo, la glándula pineal o alguna de las estructuras vecinas.

C.—En el cuarto ventrículo. En este caso se añade la distensión del acueducto de Silvio a la del tercero y ventrículos laterales. Los tumores del puente y del bulbo y del mismo cuarto ventrículo pueden, de esta manera, producir hidrocéfalo.

D.—En los orificios de Magendie y Luschka. La obstrucción puede presentarse en los puntos en que el líquido c. r. sale del cuarto ventrículo. Los tumores pueden ocasionar esto, desplazando hacia abajo en el forámen magnum, el bulbo y las tonsilas del cerebelo y el cono de presión ce-

rebelosa.Los orificios de Magendie y Lushka pueden obliterarse por adherencias, en los casos de meningitis.

E.—En e lespacio sub-aracnoideo a nivel de la tienda del cerebelo. Dandy ha demostrado la importancia clínica de la obstrucción del líquido c. r. en este lugar, la parte más estrecha del condu cto sub-aracnoideo.

Dandy opina que cuatro quintas partes del líquido c. r. se absorben a un nivel superior de la tienda, que sólo un quinto por debajo; de este modo, una obstrucción que impide el paso del líquido por encima de la tienda reduce 'a absorción a una quinta parte de la normal y produce hidrocéfalo. A este tipo de hidrocéfalo Dandy lo llama comunicante porque está caracterizado por la dilatación de todos los ventrículos cerebrales al espacio sub-aracnoideo. En el sistema ventricular y el espacio sub-aracnoideo.

Absorción defectuosa

3) **La defectuosa absorción del líquido** puede producirse en las siguientes formas:

....**A.—Por bloqueo de las granulaciones aracnoideas.**

B.—Trombosis de los senos intracraneales.

C.—Hipertensión venosa intracraneal. Una presión sanguínea anormalmente alta en los senos venosos intracraneales disminuye la absorción del líquido c. r., aumentando la resistencia que se opone al paso del líquido a traves de las granulaciones aracnoideas.

Un tumor cerebral que presione los senos venosos puede además contribuír, de otro modo, al desarrollo del hidrocéfalo.

Diagnóstico de la clase del hidrocéfalo. El hidrocéfalo de la infancia y la niñez puede ser **obstructivo o comunicante.** En el hidrocéfalo obstructivo el líquido no pasa de los ventrículos cerebrales con libre comunicación entre el hidrocéfalo comunicante existe comunicación entre los ventrículos y la cisterna magna y dicho espacio. La obstrucción que impide la absorción en este último tipo se presenta en el espacio sub-aracnoideo mismo a nivel del mesocéfalo sobre los hemisferios cerebrales o en las granulaciones aracnoideas. El diagnóstico de la clase de hidrocéfalo es un preliminar necesario del tratamiento.

Tres métodos diagnósticos son utilizables. El más práctico es:

1.—La inyección de colorantes Dandy. Se inyecta un centímetro cúbico de fenosulfontaleina neutra en uno de los

ventrículos cerebrales. Se efectúa después la punción lumbar y normalmente el colorante aparece en el líquido del saco lumbar a los tres u 8 minutos. Durante las dos primeras horas se elimina por la orina un 30 a 60%. Si el hidrocéfalo es obstructivo, el colorante no aparece en el saco lumbar y la excresión urinaria es extremadamente lenta.

Intervención sobre el simpático

La intervención sobre el simpático ha vuelto de nuevo gracias a los trabajos de Leriche. La simpatectomía carotidiana ha registrado efectivamente resultados muy confortantes. Algunos autores, a la denudación arterial prefieren la extirpación de los corpúsculos carotídeos.

Lauwers sobre 43 operados tiene 8 sedaciones completas, 2 remisiones completas, 12 mejorías aparentes, 21 fracasos. Se admite que la crisis epiléptica sea debida a anemia cortical, y esta misma sería secundaria de la crisis de hipertensión intracraneana transitoria. La extirpación de los corpúsculos produciría indirectamente una modificación de la presión del líquido, aumentando la circulación arterial, suprimiría o disminuiría los riesgos de la anemia cerebral que sería la causa de la crisis epiléptica; se conseguiría así una dilatación arterial durable en el territorio de la carótida interna y con esto una vaso-dilatación permanente.

Conclusión

La epilepsia así llamada esencial, puede ser tratada:

1) Con un acto operatorio aún el más insignificante que suprima la eventual espina irritativa. No hay cirujano que en su vida profesional no se haya admirado de ver mejorar a epilépticos, aunque sea por poco tiempo, a raíz de una pequeña intervención sobre las amígdalas, la pleura, el apéndice, etc.

2) **Si la epilepsia es debida a anemia cortical,** sea por compresión directa, sea por espasmo arterial reflejo, puede ser tratada con la operación de Leriche o de Lauwers, es decir, la simpatectomía periarterial o con la ablación de los corpúsculos carotídeos. Con esto se persigue realizar una dilatación arterial durable en el territorio de la carótida interna y disminuír así indirectamente, la hipertensión craneana producida por la anemia.

3) **En los individuos que presentan anomalías congénitas** de los sinus transversos (por estenosis, compresibili-

dad anormal, etc.), la **poussée** de hipertensión perturba la circulación venosa, la tensión sanguínea aumenta en el seno longitudinal superior tanto que dificulta la osmosis del l. c. r. a nivel de los corpúsculos d Peacchioni, por cuyo motivo el flujo del líquido c. r. se encuentra completamente detenido y la hipertensión intracraneana llega rápidamente a hacerse alta. En este caso, la descarga epiléptica puede evitarse con dos actos operatorios.

A.—Con la operación de **Swift** que libra y moviliza el seno transverso. Con esto se evita que este seno sea comprimido y se evita la hipertensión sanguínea consecutiva en el seno longitudinal superior.

B.—Con la ligadura del seno longitudinal superior (Henry Delageniere). Con esto se consigue impedir que la compresión del seno transverso se haga sentir a nivel del seno longitudinal superior. Este método es preferible al anterior por ser más fácil e inócuo. La operación de Swift expone a hemorragias por arrancamiento de venas emisarias.

Cuando la epilepsia es debida a hidrocéfalo idiopático se trata de restablecer las vías normales de absorción y reducir la formación del líquido. Dandy ha ideado para ésto las siguientes maniobras:

1) Formación de un nuevo forámen de Magendie cuando se trata de hidrocéfalo obstructivo debido a obliteración de los orificios de Magendie y Lushk por adherencias consecutivas a meningitis.

2) Excisión del suelo del 3º ventrículo. En los casos que el hidrocéfalo comunicante se debe a la obliteración de la cisterna pontis, ha extirpado el suelo del 3er. ventrículo para dar acceso al líquido a la cisterna interpeduncular y quiasmática y a las vías principales de absorción por los senos venosos supratentoriales.

3) **Extirpación de los plexos coroides.**

Dandy calcula que la extirpación de los plexos coroides reduce la formación del líquido c. r. a una quinta parte de la normal, cantidad que pueden soportar mejor las vías de absorción alteradas en el **hidrocéfalo comunicante.**

Dott trató con éxito un caso de hidrocefalia unilateral debido a la obstrucción del agujero de Monro por cicatriz, excindiendo parte del Septum lucidum y drenando el ventrículo obstruído en el ventrículo normal.

Nuestra casuística

1) **Operación de Dandy:** Milano, Instituto Neurológico Vittorio Emmanuel III.

He asistido a los Dres. Besta y Lasio que operaron en 1929 un caso de epilepsia, previa radiografía con insuflación de aire. Hicieron un nuevo forámen de Magendie. El individuo que sufría de crisis epilépticas cada dos o tres meses, hace 7 años que está bien (he podido seguir el caso porque vive en Chile y tengo radiografías por si alguno se interesa).

2) **Operación de Leriche:** Como se trata de una operación inofensiva y de técnica no tan difícil y que deja una cicatriz que no ofende demasiado la estética, fué ensayada en Valparaíso primero en el **Hospital San Agustín**, después en el **Van Buren** y en el de **Viña del Mar.**

Hospital San Agustín: Niña de 14 años, sufre de crisis epilépticas desde la edad de 7 años; crisis cuotidiana, a veces sub-intrantes.

Punción lumbar	0,35	albúmina
	7,60	cloruros
	0,34	o/oo glucosa

El Dr. Cadiz la opera de simpatectomía periarterial según Leriche de la carótida primitiva derecha y después de un tiempo de la izquierda; las crisis siguieron, pero sí, con menor intensidad.

H. Van Buren: El Dr. Zunzunegui opera 10 casos; 8 siguen igual y 2 denotan franca mejoría.

H. Viña del Mar: Los Drs. Wilson y Vidal operaron un caso no estudiado, sacado al azar, de entre epilépticos crónicos, sin ningún resultado.

Si bien los resultados no son de los más halagadores, no podemos hablar de fracasos. Con nuestros pobres conocimientos, con nuestros modestos métodos de investigación, no es tan fácil llegar a la exacta **patogenesis del mal.** Habremos hecho, a veces, un **Leriche,** cuando lo que se necesitaba era un **Dandy** o viceversa o cuando ni uno ni otro estaban indicados. Pero, no por eso, hay que desanimarse Los estudios y los modernos y perfeccionados métodos de investigación ayudarán a resolver el difícil problema; no se llega al éxito sino a través de grandes dificultades: **(Per-aspra ad astra).**

Para este terrible mal cuyo orígen se pierde en la no-

che del tiempo, conocido ya de Hipócrates, Celso Areteo, Avicenna, y que ha ocupado la mente y fantasía de los autores por siglos de siglos, cuando el médico está perdido en su arsenal terapéutico y cuando tampoco da resultado el único y fiel amigo, el Luminal, entonces la intervención quirúrgica aparece como una verdadera salvación, aún cuando sólo diera un 1% de mejoría.

Dr. Abelardo Ibáñez

Cirugía reparadora de las lesiones de los nervios periféricos

Tengo el honor de presentar ante la consideración de los concurrentes a las Actuales "Jornadas", algunos de los puntos de mi reciente obra sobre Cirugía reparadora de las lesiones de los nervios periféricos, en forma resumida que condense solamente los principales conceptos nuevos que la experiencia de una larga temporada dedicada a la cirugía reparadora de heridos de la guerra del Chaco, nos ha hecho estudiar.

Un concepto fundamental, que no dudamos habrá de ser de gran utilidad, es el referente al tiempo de conservación de la aptitud regeneradora del nervio lesionado; en efecto, si bien es cierto que el resultado operatorio es favorecido por la precocidad de la intervención, no es menos verdadero que hemos obtenido buenos resultados en operados en los cuales intervinimos 25 y hasta 33 meses después de haber sido lesionado el nervio sobre el cual se operó. La gran mayoría de nuestros operados en una estadística total de 172 intervenciones, fué de operaciones tardías, siendo el término medio de 10 a 12 meses entre el momento de la herida y el de la operación reparadora.

En cuanto al diagnóstico de las lesiones nerviosas en manos de los que se dedican a la cirugía genearl, pudimos observar que tiene grandes dificultades y fué así que pudimos comprobar que un 31% de casos de heridos de nervio nos llegaron con diagnósticos de otras afecciones; y a la inversa, que un 12% del total de heridos llegados a nuestro hospital de reparación, traían diagnóstico de lesión nerviosa, sin tenerla.

Pero fuera de las dificultades corrientes de diagnóstico, hemos comprobado la presencia de dos grupos de cuadros clínicos atípicos que nos llamaron poderosamente la atención, porque en dichos casos, las lesiones anátomo-patológicas halladas en el acto operatorio, no correspondían a los síndromes que presentaban los heridos:

a) En un primer grupo reunimos aquellos casos en los cuales el examen clínico completo, daba la presencia de parálisis totales, ausencia de tonicidad muscular, abolición de reflejos, amiotrofia, reacción total de degeneración, anestesias, trastornos tróficos, etc., dando por consecuencia, el diagnóstico de interrupción nerviosa completa. Sin embargo, la operación exploradora realizada como primer tiempo de la reparadora, encontraba solamente un nervio de aspecto absolutamente normal. A este grupo lo denominamos: casos de estupor nervioso o perturbaciones nerviosas sine materia, y podemos agregar, que casi todos ellos fueron favorablemente influenciados por la simple exploración del segmento sospechoso.

b) En un segundo grupo, condensamos aquellos casos de índole diametralmente opuesta a la del anterior, en los cuales el examen clínico hacía deducir la integridad del cordón nervioso o una lesión incompleta a lo más. En cambio, la intervención exploradora revelaba lesiones anatómicas gravísimas que en general eran secciones completas del nervio con grandes separaciones de los cabos.

Como consecuencia de la presencia de estas dos clases de cuadros clínicos atípicos, que fueron numerosos, llegamos a la conclusión de que jamás se puede afirmar en cirugía nerviosa, un diagnóstico de certitud cuando se trata de lesiones de los nervios periféricos, siendo preferible contentarse con diagnósticos de probabilidad. Otra conclusión importante de esta nuestra experiencia, es la que se desprende del hecho de haber obtenido estos conceptos gracias a la exploración quirúrgica sistemática de los paquetes nerviosos afectados por las heridas de armas de fuego: la exploración quirúrgica es inofensiva, tiene una utilidad enorme y está justificada en un número de casos infinitamente superior a lo que se pensaba antes de ahora.

La regeneración expontánea, a la que algunos autores dan cierto rol importante en cirugía nerviosa, ha sido casi nula en los porcentajes.

También considero como de importancia, nuestra experiencia en cuanto se refiere al síndrome o conjunto de confusos síndromes que en la guerra europea se agruparon con

el nombre de **causalgia**, los cuales a nuestro entender, debieran llamarse más bien **criptalgias**, porque así se entiende mejor el concepto de aquellas, que se hacen aparecer como un conjunto de casos en los cuales no hay lesión somática que pueda explicar los fenómenos dolorosos y circulatorios diversos de que padecen tales enfermos.

Pues bien, debemos declarar, que en varios miles de heridos atendidos, no hemos podido observar un solo caso de causalgia o criptalgia en la acepción que le daban los cirujanos franceses de la gran guerra y muchos cirujanos de nuestros ejército que seguían esas ideas. El único enfermo que presentaba un cuadro concordante con las causalgias que describían dichos cirujanos, vió desaparecer el desesperante síndrome, cuando se le suprimió su respectiva lesión nerviosa que no había podido ser diagnosticada en otros hospitales, en los cuales se le había practicado una simpaticectomía sin resultado alguno. Sostenemos, pues, que si existen las causalgias debidas a una inflamación del simpático periarterial, llamados también síndrome de Leriche, deben ser sumamente raras, si es que se saben investigar cuidadosamente todas las causas productoras de los fenómenos vasomotores y dolorosos.

Aún debemos insistir sobre otro punto derivado del anterior: es el referente a la nefasta influencia de la simpaticectomía sobre el porvenir del trofismo del miembro afectado. En el ejército de mi país, se ha abusado de esta operación, con el pretexto de ser una "cirugía del dolr" y aplicándola como una panacea en todos los casos en que había perturbaciones dolorosas o circulatorias, sin tomarse el trabajo de buscar las verdaderas causas de esas molestias. Si bien es cierto que la simpaticectomía calma de inmediato los fenómenos dolorosos y circulatorios, impresionando de esta manera en forma favorable al enfermo y al cirujano, no es menos cierto que después de esa corta fase de mejoría y vasodilatación, viene una fase definitiva de disminución del trofismo que hace casi imposibles o muy difíciles los procesos de cicatrización de heridas que radican en el miembro afectado y que por desgracia son la regla en estos heridos. Si se suprime el simpático de un miembro, este queda en inferioridad de condiciones fisiológicas y en cambio, se olvida con mucha frecuencia el tratamiento de lesiones nerviosas que son la verdadera causa de los fenómenos dolorosos y circulatorios.

En cuanto al tratamiento mismo de las lesiones nerviosas, hemos llegado a la conclusión de que la mejor forma de reparar las destrucciones de los nervios, es la sutura

directa, empleándose raras veces los injertos vivos, de preferencia autoinjertos y raras veces los injertos muertos. Para la práctica de las suturas directas, hay que buscar la ayuda de elongaciones moderadas de los cabos nerviosos, de actitudes especiales de los miembros, y de preferencia en ciertos nervios como el radial, el cambio de trayecto que ayuda a la aproximación de los muñones seccionados y a la vez aleja el nervio lesionado del hueso y de los tejidos cicatrizales de la herida primitiva, que son factores de frecuente fracaso en la práctica de la cirugía nerviosa. Hemos llegado a reglar minuciosamente la técnica del cambio de trayecto del radial, que obligando al nervio a recorrer un trayecto más corto a través del intersticio entre los músculos biceps y braquial anterior, facilita enormemente la aproximación de los cabos, porque en esa forma deja de hacer el extenso recorrido normal alrededor del húmero y porque así se le aparta del contacto del hueso que por estar casi siempre fracturado o enfermo, presenta el peligro futuro de un englobamiento del nervio lesionado.

Drs. Santiago Barrenechea
y René Contardo A.
Clínica Oftalmológica del Hospital del San Juan de Dios

La extirpación del corpúsculo carotídeo en Oftalmología

Hemos presentado a las Jornadas Neuro-Psiquiátricas este trabajo, pues aunque realizado en nuestro Servicio de Oftalmología del Hospital San Juan de Dios, con la colaboración quirúrgica del Profesor Félix De Amesti, persiguiendo un fin especialmente oftalmológico, el estudio fisiopatológico previo de nuestros enfermos nos ha evidenciado algunos detalles que dicen relación con modificaciones de la circulación cefálica de interés para los neuro-psiquiatras.

En lo que se refiere a la parte oftalmológica se trata de un tema nuevo entre nosotros, susceptible de abrir un inmenso campo dentro de nuestra especialidad.

No necesitamos decir que el trabajo no pretende sentar conclusiones: no podría hacerlo dada la novedad del tema y por el poco bagaje que ha aportado la literatura de la especialidad.

Será la experiencia de otros y nuestra, la que talvez nos permita hacer de estos primeros trabajos una base para fijar las indicaciones y contraindicaciones del método, y así podremos, en un futuro no lejano, recurrir a un arma terapéutica de primer orden, en afecciones contra las cua-

les el oftalmólogo, no disponía hasta la fecha de ningún recurso.

Circulación cerebral.

Los vasos arteriales que concurren a la vascularización cerebral tienen dos orígenes, por una parte el sistema carotídeo por otra, el sistema vertebral. Estos dos sistemas por medio de cuatro troncos que entran en el cráneo irrigan la masa encefálica. Estos troncos son las dos arterias vertebrales y las dos arterias carótidas internas.

Las dos arterias vertebrales entran al cráneo por el agujero occipital, rodean la parte anterolateral del bulbo y se reunen en la línea media formando un tronco único: el tronco basilar, que se dirige de atrás hacia adelante y de abajo arriba, por debajo de la protuberancia y una vez llegado a nivel del borde anterior de ésta se divide en dos ramas terminales y divergentes: las arterias cerebrales posteriores.

Las carótidas internas entran al cráneo por los conductos carotídeos, recorriéndolos en toda su extensión, luego pasan por la hoja fibro-cartilaginosa que obtura el agujero rasgado posterior, deslizándose luego por el canal cavernoso describiendo un S itálica. En el extremo anterior del canal cavernoso la arteria se endereza en el lado interno de la apofisis clinoides anterior, atraviesa la porción correspondiente de la duramadre, emite la oftálmica y se divide inmediatamente después en cuatro ramas divergentes: la cerebral anterior, la cerebral media, la comunicante posterior y la coroidea, que se consideran sus ramas terminales.

Son estas ramas terminales de las carótidas internas y de las vertebrales que por su unión van a formar en la base del cerebro, un circuito arterial impar, medio y completamente cerrado: el polígono arterial de WILLIS.

Las dos cerebrales anteriores unidas entre sí por la comunicante anterior forman los lados anteriores del polígono, las dos cerebrales posteriores forman los lados posteriores y los lados laterales están formados por las comunicantes posteriores.

Las ramas que emanan del polígono de WILLIS constituyen dos sistemas principales destinados, uno a las circunvoluciones y otro a los núcleos centrales. Recordemos que la carótida interna da a nivel de la apófisis clinoides anterior una rama destinada al globo ocular y a sus anexos, la arteria oftálmica, de la cual se origina la arteria central de la retina, que penetra al espesor del nervio óptico

antes de llegar a la esclerótica. Esta arteria sigue el eje del nervio, llegando hasta la papila donde se bifurca en una rama superior y otra inferior. Estas ramas se dividen a su vez en dos ramas secundarias: una interna o nasal y otra externa o temporal, que van a distribuirse por la retina, sirviendo a su nutrición.

Es interesante hacer notar que tanto la circulación retinal y la circulación cerebral ocurren en el interior de cavidades cerradas, en medios cuyas presiones se mantienen casi siempre constantes, según BAILLART.

Existe gran analogía entre las arterias cerebrales y las arterias retinales, analogía que se refuerza aún más al considerar que las arterias de ambos sistemas son terminales, no comunicándose entre sí sino por la red capilar, de tal modo que cualquiera obliteración de estas arterias por mínima que sea significa un grave trastorno.

SENO CAROTIDEO

Anatomía.

A nivel del borde superior del cartílago tiroides, la arteria carótida primitiva se divide en sus dos ramas: la carótida externa y la carótida interna. En el origen de esta última se encuentra una dilatación, derivada del tercer arco branquial, que fué antiguamente considerada como un aneurisma patológico por varios autores como L. MEYER (1876), SCHAFER (1878) y BINSWANGER (1879).

Esta dilatación que fué designada con el nombre de bulbo carotídeo por la mayor parte de los anatomistas, es lo que se conoce hoy día con el nombre de seno carotídeo gracias a los trabajos morfológicos de DE CASTRO y de H. E. HERING.

Histología.

La pared del seno carotídeo está constituída por las capas correspondientes a una arteria de mediano calibre, que yendo de dentro afuera son:

1º. La íntima o túnica interna, que está constituída por un endotelio de células planas, cubierta por una capa de fibras conjuntivas.

2º. La túnica media está constituída por fibras elásticas y musculares. En el seno dominan las fibras elásticas, siendo muy escaso el número de fibras musculares.

Esta túnica es sumamente delgada.

3º. La adventicia o túnica externa, compuesta de fibras

elásticas y conjuntivas. Esta capa es muy gruesa y posee un rico plexo nervioso de fibras terminales que presentan dos tipos principales descritos por DE CASTRO y son receptores de arborización difusa y receptores de ramificaciones circunscritas, glomerulares. Los meniscos terminales de estos receptores nerviosos se distribuyen entre los haces colageno-elásticos de la adventicia del seno carotídeo.

Esta disposición anatómica es la que permite que la presión hidráulica en el seno carotídeo excite las terminaciones nerviosas por compresión de los receptores nerviosos entre los haces colageno-elásticos.

Fisiología.

El seno carotídeo y los nervios que de él emanan, junto con las terminaciones cardio-aórticas del nervio de CYON-LUDWIG, forman parte del sistema nervioso de cardiorregulación.

TSCHERMAK (1886-1888) observó que la compresión digital externa a nivel de la carótida primitiva, en el borde superior del esternocleidomastoideo, determinaba bradicardia, la que atribuyó a acción vagal, por excitación mecánica del neumogástrico a este nivel.

CONCATO en 1870 y KOCH en 1923 demuestran que la causa del "Vagusdruckversuch" de TSCHERMAK no se debe a una acción mecánica sobre el vago, ya que la excitación del vago en el cuello aunque sea muy intensa, no determina bradicardia, y sí, se origina al comprimir la bifurcación carotídea.

WINTERBERG (1923), H. E. HERING (1923), DANIELOPOLU, MARCU y PROCA (1928), NITZESCU y JACOBOVICI (1928) y ERBEN (1921-1924) lo confirman posteriormente.

Ya en 1900 PAGANO y SICILIANO habían demostrado que la bifurcación carotídea puede ser el origen de reflejos cardio-inhibidores y vaso-depresores.

Las investigaciones de H. E. HERING y KOCH en 1923 pusieron en evidencia la sensibilidad reflexógena de la bifurcación carotídea, del seno carotídeo, demostrando que la compresión manual o la excitación del seno o del cabo central del nervio intercarotídeo determinaba bradicardia e hipotensión arterial, manifestaciones de orden reflejo pues no aparecen al cocainizar el seno o seccionar el nervio intercarotídeo.

Es hoy un hecho comprobado que la excitación mecánica, eléctrica o por substancias químicas de las terminacio-

nes nerviosas de la zona seno-carotídea origina un descenso de la presión arterial general y por el contrario al suprimir los estímulos seno-carotídeos por enervación, cocainización o bien en forma más sencilla, produciendo una hipotensión intrasenocarotídea por la oclusión de las carótidas primitivas se produce una hipertensión general.

En suma: **toda hipertensión intrasenocarotídea provocada por los medios ya dichos acarrea junto con la hipotensión, la bradicardia, y a su vez toda hipotensión intrasenocarotídea produce hipertensión y taquicardia.**

La sensibilidad reflexógena máxima se produce cuando la presión intrasinusal es más vecina a lo normal.

DANIELOPULO, HEYMANS, KOCH y STELLA sostienen que los estímulos senocarotídeos obran sobre ambos centros vegetativos, pero que en condiciones normales obran en forma dominante sobre el parasimpático. Y esto explica la bradicardia y la hipotensión arterial que se produce por la excitación del seno carotídeo.

HEYMANS, BOUCKAERT y REGNIERS han estudiado los reflejos partidos de la zona reflexógena senocarotídea en todos los sistemas orgánicos. Tema que es hoy día de gran interés y de una importancia enorme, pero que nosotros no analizaremos totalmente, para ir a estudiar la acción del seno carotídeo sobre el órgano de la visión y sobre las arterias cerebrales.

HERING y KOCH en 1931 demuestran que la sección de los nervios cardioaórticos provoca la dilatación pupilar, la exoftalmía y trastornos de la acomodación.

KOCH en 1932 demuestra que la hipertensión intrasenocarotídea puede determinar la contracción pupilar y la hipotensión, por la oclusión carotídea, la midriasis.

GOLLWITZER-MEIER y SCHULTE en 1932 constatan una vasodilatación arterial retinal en el curso de la excitación senocarotídea; a esta primera fase sigue otra de vasoconstricción retiniana.

MICHAIL y VANCEA en 1935 han hecho experiencias sobre perros y han constatado que la hipotensión intrasenocarotídea, provocada por la oclusión de las carótidas primitivas por medio de pinzas, produce además de la hipertensión arterial periférica, una hipertensión del humor acuoso de la cámara anterior, que no se acompaña de trastornos vasculares papiloretinianos apreciables al oftalmoscopio. Ahora, la hipertonía provocada en el seno carotídeo produce al lado de la hipotensión general arterial, una hipertensión del humor acuoso de la cámara anterior, acompañada de anemia intensa del disco papilar y esto debido

según estos autores a la aspiración de sangre de la red venosa epipapilar hacia la periferia del campo oftalmoscópico. Atribuyen la hipertonía del humor acuoso, provocada por la hipotensión intrasenocarotídea a una hipertensión arterial ciliar y la hipertonía del humor acuoso provocada por la hipertensión intrasenocarotídea a una hipertonía venosa ciliar.

Investigaciones hechas en 1934 en nuestro Servicio del Hospital San Juan de Dios, en colaboración con los doctores RAMON GONZALEZ y JORGE MARDONES del Servicio del Profesor CRUZ-COKE, comprueban que la excitación del seno carotídeo, produce un estrechamiento del lumen de las arterias del fondo del ojo y aparición de latidos arteriales en arterias muy alejadas de la pupila que antes no latían. La presión retiniana subió. Las condiciones volvieron a su estado primitivo inmediatamente de suspendida la compresión.

Hemos continuado estas investigaciones y en los casos examinados, normales y patológicos, que hacen un total de 21, hemos comprobado que la excitación manual del seno carotídeo o sea la hipertensión intrasenocarotídea, provoca vasoconstricción arterial del fondo del ojo.

En 13 sujetos normales se ha observado este fenómeno y a estos podemos agregar 8 casos patológicos que forman parte del motivo de este trabajo.

En dos casos de nuestros operados no se pudieron practicar las pruebas de compresión, en uno (caso 7) porque la operación fué practicada de urgencia y en el otro (caso 3) por existir máculas corneales bastante densas.

La vasoconstricción que se produce es absolutamente evidente. No hemos observado la fase de vasodilatación descrita por GOLLWITZER-MEIER y SCHULTE, antes de la vasoconstricción.

La constricción arterial nos parece inmediata sin fase previa de vasodilatación.

Hagamos hincapié especialmente en una de nuestras enfermas, en que la compresión del seno carotídeo determinaba una vasoconstricción arterial retiniana tan nítida que se puede decir que el lumen de las ramas arteriales se reducía a la mitad de su calibre. Es sensible que no haya sido posible tener una demostración gráfica del fenómeno, que hubiéramos deseado presentar en esta ocasión.

En el resto de los casos la vasoconstricción siempre ha sido evidente, sólo en un caso se contrajo únicamente una arteria inferior (imagen recta).

Estos resultados están de acuerdo a lo encontrado por MICHAIL y VANCEA en el perro, que han visto una ane-

mia intensa del disco papilar al provocar una hipertensión intrasenocarotídea.

A esta prueba de la compresión senocarotídea le hemos dado cierto valor pronóstico con respecto al resultado de la extirpación del corpúsculo. Creemos que a mayor reacción vasoconstrictora más debemos esperar del resultado operatorio.

Además hemos controlado la presión de la arteria central de la retina y la tensión ocular medida al SCHIOTZ durante la compresión, y hemos comprobado que mientras la presión de la arteria central subía, la tensión ocular bajaba.

El aumento de la presión de la arteria central de la retina es francamente marcado, el aumento de la mínima osciló entre 7 y 30 mm. de agua y el de la máxima entre 18 y 25 mm. de agua al BAILLART.

Estas variaciones desaparecían tan pronto se dejaba de comprimir y se volvía a las cifras anteriores a la compresión o sólo con ligeras diferencias.

La tensión ocular bajó en forma notoria mientras se hacía la compresión, para volver a su límite anterior tan pronto se dejaba de comprimir o muy cerca de este límite. La disminución osciló entre 1.5 y 10.5 mm. de Hg. al SCHIOTZ. Es de notar que mientras más alta era la tensión ocular mayor era su descenso con la compresión.

En dos casos (9 y 10) se produjeron reacciones distintas a las ya descritas. En el caso 9 la tensión ocular no se modificó con la compresión del seno carotídeo.

En el caso 10 la reacción fué paradojal, así mientras la presión de la arteria central de la retina bajó de 50/115 mm. de agua al BAILLART a 40/100 con la compresión del seno carotídeo, para llegar después de la comprensión a 50/110 mm. de agua, la tensión ocular subió con la compresión de 20 a 23 mm. de Hg. al SCHIOTZ, para volver a sus límites primitivos después de la compresión.

Hemos comprobado la acción refleja del seno carotídeo en un ojo cuya circulación estaba enormemente alterada por una obstrucción de la arteria central de la retina, en sus relaciones con la tensión ocular y hemos visto que con la compresión la tensión ocular bajaba de 18.5 mm. de Hg. a 15 mm. de Hg. al SCHIOTZ para volver a sus límites primitivos una vez cesada la compresión (caso 4,O.D).

En el cuadro adjunto se pueden apreciar en detalle las alteraciones ya descritas, en seis de los enfermos que hacen el motivo de este trabajo y cuyas reacciones son típicas según nuestro concepto.

		ANTES	COMPRESION	DESPUES
Caso 1 (W.U.S.)	*Fondo*	Arterias estrechas	Arterias muy estrechas, francamente más estrechas que antes	Igual a antes de comprimir.
	BAILLART	25|98	32|120	23|89
	SCHIOTZ	17,5	12	15,5
Caso 2 (G. C. A.)	*Fondo*	Arterias estrechas	Arterias notablemente estrechas, casi desaparecen	Igual aspecto a antes. de comprimir
	BAILLART	63|130	88|150	62|132
	SCHIOTZ	13,5	9,5	13,5
Caso 4 (B.T.C.)	*Fondo*	Arterias muy estrechas.	Arterias instantáneamente más estrechas, al máximo.	Igual a antes de comprimir.
	BAILLART	118| sobre 150	128| sobre 150	112| sobre 150
	SCHIOTZ	13,5	12	13,5
Caso 5 (M. C. E.)	*Fondo*	Arterias estrechas, como tiradas a cordel.	En una arteria inferior se nota franco estrechamiento.	Igual a antes de comprimir.
	BAILLART	100| sobre 150	115| sobre 150	100| sobre 150
	SCHIOTZ	13,5	12	13,5
Caso 6 (L. A. S.)	*Fondo*	Vasoconstricción intensa.	Las arterias se estrechan aún más.	Igual a antes de comprimir.
	BAILLART	50|120	80|145	58|110
	SCHIOTZ	13	9	11
Caso 8 (M.M.N.)	*Fondo*	Arterias muy estrechas, filiformes, algunas son casi invisibles.	Arterias se contraen violentamente, quedando casi completamente exangües	Igual a antes de comprimir.
	BAILLART	30|78	55|96	48|82
	SCHIOTZ	30,5	20	26,5

Estas modificaciones nos hicieron pensar que si la excitación manual o sea la producción de una hipertensión intrasenocarotídea, provocaba la contracción de los vasos retinales, la hipotensión intrasenocarotídea producida por la oclusión de las carótidas primitivas provocaría una vasodilatación retinal.

Para practicar la oclusión hemos seguido la técnica aconsejaba por HEYMANS, BOUCKAERT y REGNIERS, pero los resultados han sido siempre negativos, lo que talvez podría atribuirse hasta ahora a defectos en la técnica.

La hipotensión intrasenocarotídea no modificó en absoluto el calibre de los vasos retinales. Y era lógico pensar que el enfermo cuyos vasos retinianos habían respondido a la excitación del seno carotídeo con una vasoconstricción siempre marcada, a la oclusión de las carótidas primitivas debía reaccionar en forma contraria. Sin embargo los resultados no confirmaron la hipótesis. Se nos dirá con justa razón que estas pruebas se han hecho en ojos enfermos, con sus vasos alterados, con poca capacidad reaccional, pero ¿por qué esta falta de reacción en un sentido?

Por otra parte también lo hemos hecho en ojos sanos, sin alteraciones y el resultado siempre ha sido negativo.

MICHAIL y VANCEA tampoco han notado trastornos vasculares papiloretinianos apreciables al oftalmoscopio en la hipotensión intrasenocarotídea, provocada en perros por medio de la oclusión de las carótidas primitivas por medio de pinzas.

Por último debemos añadir que los efectos anteriormente descritos, producidos por la compresión del seno carotídeo en forma bilateral, también se obtienen al ser unilateral la compresión, siendo las reacciones observadas del mismo tipo de las ya descritas para la compresión bilateral y manifestándose las reacciones tanto en el lado que se comprime como también en el lado opuesto.

HEYMANS y BOUCKAERT demostraron que la hipotensión intrasenocarotídea produce un aumento notable del débit circulatorio cerebral, a la vez que la hipertensión intrasenocarotídea determina el efecto contrario.

Nuestros resultados confirman los de estos autores pero no creemos como ellos en la pasividad de los vasos cerebrales, pues como ya hemos dicho, la hipertensión intrasenocarotídea produce vasoconstricción de los vasos del fondo del ojo y para HEYMANS y sus colaboradores disminución del débit arterial cefálico, por mecanismo pasivo. Los resultados coinciden pero diferimos en la interpretación del hecho. Es lógico pensar que si a la excitación del seno carotídeo los vasos retinales responden con una disminución

de su calibre, esta vasoconstricción debe ser generalizada a todo el árbol arterial cefálico, hasta donde ello sea posible, pues bien sabemos que las gruesas arterias cerebrales fisiológicamente no se contraen, pero esto rige para los gruesos troncos y no para las arterias de menor calibre, que debemos suponer contractiles, como lo hemos visto en la arteria central de la retina, único punto de la Economía donde podemos estudiar los vasos a ojo desnudo.

Ahora bien la hipotensión intrasenocarotídea corresponde a la disminución del tono reflejo del seno, a su exclusión funcional.

Esto nos llevó a pensar, aún antes de conocer los trabajos de MAGITOT, que la simpatectomía carotídea, que significa la exclusión del reflejo senocarotídeo por destrucción de las terminaciones nerviosas, iba a producir un aumento de la irrigación cerebral y con ello del fondo del ojo.

¿Por qué hemos preferido la extirpación del corpúsculo carotídeo a la simpatectomía?

La simpatectomía periarterial carotídea produce vasodilatación cerebral que desaparece en forma más o menos rápida, lo que se debe al restablecimiento funcional de los centros intramurales, mientras que la extirpación del corpúsculo acarrea una vasodilatación durable por supresión funcional de los centros ya citados.

Por otra parte al extirpar el corpúsculo, sacamos junto con él gran parte del plexo carotídeo, lo que casi equivale a una simpatectomía.

Hemos descrito el seno carotídeo y estudiado su fisiología. Para comprender las reacciones que en él toman origen, debemos estudiar ahora dos órganos de fundamental importancia, hasta ahora no sospechada respecto a uno de ellos: **el corpúsculo carotídeo**, y de reconocido valor fisiológico el otro: **nervio intercarotídeo de HERING** o **nervio del seno carotídeo de DE CASTRO.**

Corpúsculo Carotídeo.

HALLER en 1743 descubrió el corpúsculo carotídeo, haciendo una descripción de él. En 1797 ANDERSCH hace un estudio de él y lo designa con el nombre de ganglio intercarotídeo, en virtud que los anatomistas de esa época lo consideraban como un ganglio simpático.

LUSCHKA en 1862 comienza el estudio histológico de esta formación y lo designa con el nombre de glándula ca-

rotídea, porque reconoce que presenta el carácter de un órgano glandular.

MAYER, ARNOLD y RIEFEL en 1892 y PRINCETEAU en 1899 hicieron descripciones de esta formación.

El corpúsculo carotídeo está situado por detrás de las ramas de bifurcación de la carótida primitiva y no entre ellas. Es francamente retrocarotídeo como demostró RIEFEL y no intercarotídeo, como se aceptaba ántes de la descripción de este autor.

Tiene la forma de un nódulo, algo alargado verticalmente, de consistencia firme y de coloración rosada o rojiza, de una longitud media de 5 mm.; de 2,5 mm. a 4 mm. de ancho y de 1,5 mm. de espesor, según PENDE.

A veces está dividido en 2 nodulitos y hasta en 4 y 5 según ha demostrado GOMEZ.

El corpúsculo carotídeo está unido a la pared de la arteria carótida primitiva por un ligamento fibroadiposo, el ligamento de MAYER, que une la extremidad inferior del órgano al tronco arterial. En el interior del ligamento marchan la o las arterias nutricias del corpúsculo, dato anatómico de importancia quirúrgica, pues en la extirpación es necesario ligar con cuidado el pedículo vascular para evitar una hemorragia ulterior.

KOHN en 1903 describió el corpúsculo carotídeo como compuesto por un retículo conjuntivo entre cuyas mallas se encontraban las células epiteliales, cuyo carácter más típico era su naturaleza cromoafín, carácter igual a la substancia medular de la suprarrenal y por esto lo clasificó entre los paraganglios, junto con la medular de la suprarrenal, el paraganglio aórtico de ZUCKERKANDL, el paraganglio de WIESEL y la glándula coxígea de LUSCHKA.

DE CASTRO en 1928 publica sus trabajos llegando a la conclusión que el corpúsculo carotídeo no es un paraganglio ni una glándula endocrina y lo considera como un órgano sensorial destinado talvez a recojer ciertas modificaciones cualitativas de la sangre.

MILCOU en 1930 afirma categóricamente la ausencia de reacción cromoafín de las células epiteliales del corpúsculo, opinión que es también la de TAROZZI.

Según PENDE en el corpúsculo carotídeo sólo una parte, la menor, está constituída por células cromoafines y esta propiedad cromoafín está muy poco desarrollada. Este autor ha establecido que aún en el recién nacido las células del corpúsculo no presentan reacción feocroma, además encuentra que el aspecto general del corpúsculo carotídeo recuerda más la disposición de un ganglio nervioso simpático.

El corpúsculo, además de las células epiteliales y de las trabéculas conjuntivales, se compone de células ganglionares, fibras amielínicas y una tupida red de capilares, alrededor de los cuales se agrupan las células. Los capilares son anchos, irregulares, pertenecientes a los capilares sinusoidales de MINOT, provistos de una capa endotelial. En el interior de los vasos, como en el conectivo, se evidencian células eosinófilas y fucsinófilas.

DE CASTRO en 1928 describió la estructura nerviosa del corpúsculo carotídeo e hizo notar que la o las arterias nutricias del corpúsculo y sus ramificaciones hasta las arteriolas poseen una notable inervación centripeta con aparatos receptores arboriformes difusos en la adventicia, terminaciones que son suministradas por el X y IX pares. El glosofaríngeo, por intermedio de la primera rama que emite a su salida del cráneo y que DE CASTRO denominó intercarotídeo, inerva al corpúsculo. Este nervio da ramas para los elementos parenquimatosos, para los vasos y también para el seno carotídeo. Las axonas que terminan en los elementos parenquimatosos son centripetas.

Fuera del glosofaringeo y del vago, contribuyen a formar el plexo intercarotídeo numerosas fibras simpáticas provenientes del ganglio cervical superior o del cordón simpático cervical.

Respecto a su rol fisiológico, DE CASTRO demostró que los puntos sensibles de la zona senocarotídea son la adventicia de los senos carotídeos y el corpúsculo carotídeo.

DANIELOPOLU cree que tanto la adventicia como el corpúsculo son excitables por factores mecánicos y humorales. La excitación química a nivel de la adventicia se efectúa por la sangre de los vasa-vasorum y a nivel del corpúsculo por la sangre de sus arterias.

HEYMANS y sus colaboradores no admiten la acción de estímulos químicos sobre la adventicia del seno carotídeo. Las terminaciones nerviosas de esa región responderían sólo a las variaciones de orden mecánico; los estímulos químicos obrarían solamente sobre el corpúsculo.

En suma: **El factor mecánico actúa sobre la adventicia de los senos carotídeos, su acción sobre el corpúsculo se discute. El factor químico actúa sobre las terminaciones nerviosas del corpúsculo.**

SCAFFIDI estudiando la fisiopatología experimental del corpúsculo carotídeo en cuyes, ha destruído ambos corpúsculos sin observar alteración alguna.

VASSALE, experimentando en gatos ha destruído el corpúsculo carotídeo con termocauterio y ha observado in-

mediatamente después de la operación, la producción de una glucosuria que oscila entre 1 grs. y 1,25 grs. Esta glucosuria pasó al cabo de 3 días más o menos. VASSALE la atribuye a la destrucción del corpúsculo.

LANZILOTTA ha repetido las experiencias de VASSALE en perros, gatos y cuyes. En los dos primeros la destrucción del corpúsculo carotídeo produjo una leve y transitoria glucosuria, igual cosa ocurre al cauterizar los ganglios cervicales superiores del simpático. El cuy no reacciona con glucosuria a la extirpación ni a la cauterización del corpúsculo.

Nosotros hemos observado en varios de nuestros operados la producción de glucosuria después de la extirpación del corpúsculo carotídeo, glucosuria transitoria, pues desaparece al tercero o cuarto día después de la intervención y que oscila entre 1 y 5 grs. por mil según lo que nosotros hemos observado. Esta glucosuria se produce sea uni o bilateral la intervención.

MULON y FRUGONI han hecho experiencias con el extracto de corpúsculo carotídeo, con resultados contradictorios, pues mientras MULON constataba que la inyección del extracto del corpúsculo carotídeo del caballo producía una curva hipertensiva análoga a la producida por la adrenalina, FRUGONI al inyectar extracto acuoso del corpúsculo del caballo al conejo, producía primeramente una ligera hipertensión, transitoria, produciéndose secundariamente un descenso más notable y prolongado de la presión junto con bradicardia y una mayor amplitud de las contracciones cardíacas.

Para FRUGONI el extracto de corpúsculo carotídeo actuaría como vasodilatador, teniendo así un efecto antagónico al de la adrenalina.

La clínica de las neoformaciones del corpúsculo no nos ilustra en su fisiología, en un 80% de los casos son tumores benignos, que no se acompañan de síntomas propios, en algunas ocasiones dan un sindrome de CLAUDE BERNARD-HORNER. Se han descrito estos tumores como paragangliomas.

BETKE y FISCHER atribuyen al corpúsculo carotídeo una acción sobre el desarrollo del sistema óseo y sobre la hematogénesis. Su extirpación produce según estos autores, caquexia y trastornos en el crecimiento de los huesos.

En el hombre a medida que transcurren los años, aumenta el tejido intersticial destruyendo el tejido epitelial y por esto LUCIEN, PARISOT y RICHARD creen que en

el hombre adulto el rol funcional del corpúsculo carotídeo es de poca importancia.

Nervio de HERING.

Los filetes nerviosos de la adventicia del seno y del corpúsculo se reúnen formando un nervio que lleva el nombre de nervio del seno carotídeo de HERING o nervio intercarotídeo de DE CASTRO, autores a quienes se debe la primera descripción de esta formación y a la cual han contribuído posteriormente MAES, HOVÉLACQUE, BINET y GAYET (1930) y CORDIER y COULOMA (1932).

El nervio de HERING es único o doble, voluminoso, nace de las ramas faríngeas del glosofaríngeo, yendo aplicado sobre la cara externa de la carótida interna. Contrae anastomosis con los ramos carotídeos del simpático y del neumogástrico, formando su conjunto el plexo carotídeo que rodea al seno carotídeo extendiéndose a las carótidas interna y externa. Varios filetes del nervio entran al corpúsculo carotídeo, donde se distribuye en la forma descrita anteriormente al referirnos a éste.

H. E. HERING enervó en 1927 la bifurcación de las carótidas primitivas y varias semanas después al excitar el cabo central del nervio seccionado, vió bajar la presión sanguínea en forma considerable y mantenerse baja durante un largo tiempo. El mismo HERING en 1927 demostró que la supresión de los nervios depresores cardio-aórticos de CYON- LUDWIG y de los nervios senocarotídeos, los cuatro frenos de la presión sanguínea, determina en el animal de experiencia un estado circulatorio patológico de hipertensión crónica. Esta hipertensión crónica presenta alzas y bajas periódicas, bastando para producir el estado hipertensivo un ligero movimiento, una emoción o un trabajo cualquiera.

La sección de estos nervios suprime el tono cardio-inhibidor parasimpático, dejando al animal bajo el dominio del simpático y junto a la hipertonía se observa una taquicardia crónica por predominio del tonus cardio-acelerador simpático, lo que ha sido puesto en evidencia por HERING en 1927, KOCH en 1928, HEYMANS en 1929 y REGNIERS en 1930-31.

Los animales a los cuales se ha seccionado los nervios reflexógenos de la aorta y del seno carotídeo viven en un estado de simpaticotonía crónica, con taquicardia e hipertensión arterial y venosa. HERING y KOCH observaron en

1932 la producción de miosis pupilar y H. E. HERING la producción de una exoftalmía en estos casos.

La sección aislada de los nervios de CYON-LUDWIG no produce sino un desequilibrio pasajero de la presión arterial general y esto debido a que los senos carotídeos se encargan de la función de cardio-regulación.

Ahora si la denudación se hace en ambos senos carotídeos, también se producen fenómenos compensadores por la zona cardioaórtica, pero la presión arterial permanece elevada.

Estas nociones de fisiología experimental son de una gran importancia, más aún al considerar la aplicación terapéutica en el hombre.

Simpatectomía pericarotídea. Extirpación del corpúsculo carotídeo.

ABADIE y BOURGET practican en 1917 la primera simpatectomía carotídea en una atrofia óptica debida a vasoconstricción de los vasos retinianos. Hacen la operación, unilateral y al día siguiente existía mejoría visual que alcanzó su máximo a los 15 días después de la intervención, mejoría que se fué atenuando para desaparecer por completo al mes después de la operación. ABADIE decide intervenir nuevamente sobre el mismo lado, en la creencia que los filetes emanados del ganglio cervical superior que habrían escapado a la simpatectomía, eran los que hacían la suplencia del plexo carotídeo destruído. LERICHE practica esta segunda intervención, que debido a las adherencias provocadas por la primera intervención y por la friabilidad de los vasos fué muy laboriosa, en tal forma que fué necesario ligar la carótida primitiva. Con gran sorpresa de ABADIE se produce otra vez mejoría visual que fué declinando hasta llegar a la ceguera.

LERICHE en 1920 practica la simpatectomía carotídea dándose cuenta de sus efectos oculares y describe como efectos secundarios de la intervención la producción de un síndrome de CLAUDE BERNARD-HORNER a nivel del lado operado, con enoftalmía, ligera ptosis del párpado superior, miosis y dilatación de los vasos conjuntivales. Agregaba que este síndrome le parecía más atenuado que después de la extirpación del ganglio cervical superior, en especial la miosis. Consideraba durables estos fenómenos pero no definitivos. BUSSY señaló una dilatación de los vasos retinianos a la imagen oftalmoscópica, fenómeno que LERICHE consideró pasajero, de una duración de 1 a 2 meses. Ade-

más se pudo observar una ligera exageración de la secreción lacrimal y aumento de la tensión ocular del lado operado.

En 1920 BAUNGARTNER opera una enferma de ABADIE, afecta de una atrofia óptica bilateral debida a una vasoconstricción arteriolar, según pensaba ABADIE. La operación consistió en una simpatectomía carotídea y ligadura de la arteria carótida externa. Se obtuvo una ligera mejoría visual.

En otros dos casos de atrofia papilar de este tipo, que ABADIE atribuía a trastornos de la nutrición por vasoconstricción permanente de las arteriolas en que se practicó igual intervención, dieron por resultados ligeras mejorías.

WITZEL en 1924, BOJOVITCH, SICARD, TINEL, y WAGNER en 1925, HIRSCH en 1927 y LAIGNEL-LAVASTINE en 1929 han recurrido a la simpatectomía carotídea como tratamiento de la epilepsia esencial.

DANIELOPOLU en 1928 propone como tratamiento de la epilepsia esencial la simpatectomía senocarotídea con sección de cierto número de filetes vegetativos de la región cervical que contiene filetes centrípetos cardioaórticos. Propone esta operación basado en su concepción de la epilepsia. Para este autor la zona reflexógena por intermedio del sistema vegetativo, obra sobre la corteza cerebral produciendo su excitación, que sería el punto inicial de las manifestaciones convulsivas. El desarrollo posterior de ellas obedece a un círculo vicioso constituído así: la zona senocarotídea actúa sobre la corteza cerebral, produciendo estímulos que influencian los centros subcorticales de la vida vegetativa; estos centros por intermedio de los órganos vegetativos y glándulas de secreción interna producen una modificación de la crasis sanguínea, modificaciones humorales que actúan sobre las terminaciones nerviosas vegetativas y sobre las zonas senocarotídeas y cardioaórticas de donde nuevamente parten estímulos hacia la corteza. Por esto propone interrumpir el círculo vicioso a nivel de las zonas senocarotídeas y de la región cardioaórtica. Operó 6 enfermos con resultados nada brillantes, en tal forma que DANIELOPOLU confesaba que lo único que había obtenido era demostrar la acción de las zonas reflexógenas sobre la corteza cerebral.

En 1933 este autor propone una operación más completa consistente en simpatectomía senocarotídea y simpatectomía cervical sin incluir el ganglio estrellado; sección del nervio vertebral, sección de las ramas comunicantes del

ganglio estrellado y de las ramas verticales del vago derecho por debajo del recurrente. La operación se practica primeramente en el lado derecho, pero si es insuficiente, se hace también en el lado izquierdo. Con esto DANIELOPOLU quiere suprimir los filetes centrípetos del senocarotídeo y una buena parte de los filetes centrípetos de la zona reflexógena cardioaórtica.

ROYLE en 1930 practica la ramisección simpática cérvico-torácica en 5 casos de retinitis pigmentarias, las que fueron seguidas de aumento de la agudeza visual y ensanchamiento del campo visual.

MEIGHAN con iguales fines, practicó operaciones sobre el simpático cervical, correspondiente a los ganglios superior y medio, obteniendo resultados muy inferiores.

VAN HOONECKER en 1930 practicó la simpatectomía carotídea en el tratamiento de la epilepsia esencial y notó que la intervención hecha sólo sobre la carótida interna traía una disminución de la presión arterial retinal, pero la extirpación uni o bilateral de corpúsculo carotídeo traía una hipertensión notable y permanente de la presión retinal, que se acompañaba además de cierto aumento de presión del líquido céfalorraquídeo.

LAUWERS en 1931 publica una serie de observaciones en las que como en las de VAN HOONECKER se había extirpado el corpúsculo carotídeo como tratamiento de la epilepsia esencial. LAUWERS hacía notar que la extirpación del corpúsculo acarreaba una vasodilatación de los vasos retinales a la imagen oftalmoscópica, que iba acompañada de un aumento importante y durable de la tensión retinal. Hacía notar que, además, se modificaba la tensión ocular, modificaciones que consideró de poca importancia; en el líquido céfalorraquídeo se producía un aumento de la presión en el reposo y una menor baja de presión en el esfuerzo. Los resultados de 17 enfermos operados dan un porcentaje de 5 curaciones, 7 mejorías y 5 fracasos.

GUIBAL y RAMI en 1933 han extirpado en 3 casos de epilepsia, antiguos y graves, el corpúsculo carotídeo con conservación del nervio sinusal y han obtenido en un caso una ligera mejoría, en otro un resultado nulo y en un tercero la muerte por estado de mal.

ANAYA ha practicado cuatro simpatectomías de la carótida primitiva en epilépticos y ha obtenido espléndidos resultados. Los ataques habían desaparecido en algunos de sus enfermos hasta la fecha de la publicación de su trabajo.

MAGITOT en 1934 usa la simpatectomía carotídea en diversas afecciones oculares, presentando 6 enfermos ope-

rados con resultados halagadores. MAGITOT hace una simpatectomía sobre unos 2 centímetros en la carótida interna que comprende el bulbo carotídeo, extirpa también el corpúsculo carotídeo y el nervio de HERING. Esto va seguido de una tocación de la región con yodo, para así tener la seguridad de destruir todos los filetes nerviosos regionales.

Los 6 casos de MAGITOT comprenden: una atrofia papilar tipo LEBER, una atrofia óptica tabética en un sujeto afecto de parálisis general curada con malarioterapia, una atrofia óptica en un sifilítico y palúdico, una retinitis pigmentaria, una arteritis con escotoma central y una ambliopía tóxica por súlfuro de carbono. Todas ellas fueron beneficiadas en forma notoria por la operación, menos el primer caso, la atrofia papilar tipo LEBER, que después de una operación quiasmática perdió todo el beneficio obtenido.

Posteriormente en 1936 MAGITOT relata otro caso operado con doble simpatectomía carotídea en una atrofia papilar consecutiva a una coriorretinitis pigmentaria, que es seguida de un aumento notable de la visión. CAEIRO, MALBRAN y BALZA en 1934 han practicado la extirpación del ganglio estelar en las retinitis pigmentarias, con lo que han obtenido una mejoría visual pasajera que desaparece paulatinamente. Los resultados de estos autores no son para entusiasmar y, por otra parte, es una operación complicada y chocante.

Técnica operatoria.

Incisión en todo semejante a la que se usa en la ligadura de la carótida externa, de unos 5 centímetros de extensión, sobre el borde anterior del esternocleidomastoídeo, cuyo centro cae sobre el centro del cartílago tiroides. Una vez incindida la piel y el tejido celular subcutáneo se incinde la vaina del músculo externocleidomastoídeo, el cual se rechaza hacia afuera con un separador, luego se secciona la vaina profunda del músculo.

En la parte superior del campo operatorio reconocemos el nervio gran hipogloso y más abajo el tronco venoso tirolinguofacial que se secciona entre dos ligaduras y en el plano inmediatamente más profundo se encuentra la bifurcación carotídea.

Por disección roma se pone en evidencia la bifurcación y con una pinza hemostática fina se hace presión sobre la vaina celulosa que cubre y une las carótidas en el ángulo

de bifurcación. Con esta maniobra se hace más superficial la situación de los vasos; se tracciona la pinza con la mano izquierda, con la derecha provista de una sonda acanalada, rasgamos en sentido vertical la vaina adventicia y se va a investigar en la cara posterior de la bifurcación; allí suspendido en este tejido celuloso aparece el corpúsculo de diferente tamaño pero siempre fácilmente visible. Se lo aisla cuidadosamente, con golpes suaves de la sonda, del tejido celular, hasta descubrir sus dos polos que es conveniente ligar con seda fina.

Se termina la intervención suturando la vaina anterior del músculo externocleidomastoídeo con puntos separados de catgut fino y también el celular y cutáneo del cuello.

La piel se sutura con hilo, catgut o ganchos de Michel.

La operación se hace con anestesia local de novocaína al ½%, en dosis de 25 a 30 cms. por lado. La anestesia se hace por infiltración de la piel a lo largo de la incisión cutánea, luego se infiltra el espesor del músculo externocleidomastoídeo. Durante la intervención en los vasos carotídeos mismos conviene infiltrar la adventicia de los vasos con novocaína.

La intervención puede practicarse en una sesión en ambos lados sin ningún inconveniente. MAGITOT cree que dado el importante rol circulatorio fisiológico de la zona senocarotídea, es conveniente practicar la intervención en dos tiempos, con 15 a 20 días de intervalo y esto para disminuir el choc operatorio y para permitir de efectuarse la compensación por parte de los nervios de CYON-LUDWIG.

Nuestros enfermos con excepción de uno han sido operados por el profesor DE AMESTI, que ha reglado la técnica operatoria.

Nosotros hemos practicado la intervención en 10 casos, que comprenden:

5 coriorretinitis pigmentarias.
1 coriorretinitis diseminada.
1 atrofia papilar de tipo vascular.
1 atrofia papilar senil.
1 atrofia papilar que acompañaba a una alta miopía.
1 embolía de la arteria central de la retina.

De estos 10 casos, en 8 se ha hecho la operación bilateral y unilateral en 2 casos. De las 8 operaciones bilaterales, 5 han sido practicadas en un solo tiempo y 3 en dos tiempos, con 7 a 10 días de intervalo entre la primera y la segunda intervención.

De nuestro 5 casos operados en un solo tiempo, sólo en uno se ha producido después de la intervención una hipertensión arterial general.

El choc operatorio es insignificante, sea uni o bilateral la intervención. La extirpación del corpúsculo ha sido controlada con el examen histológico hecho en el Laboratorio de Histología del Profesor NOE en la Escuela de Medicina, y por el Dr. CARVAJAL, Jefe del Instituto de Anatomía Patológica del Hospital de San Juan de Dios.

Ha sido en las coriorretinitis donde el éxito ha sido más evidente. Después de la operación ha habido mejoría de la visión central y periférica y lo que es más importante para el enfermo, la mejoría se ha hecho subjetiva, correspondiendo ella a cambios favorables de la papila y de los vasos, especialmente de la primera.

Por último, insistimos en dos factores que nos parecen primordiales para el éxito de la operación y son:

1.º Bilateralidad de la intervención.

2.º Edad del paciente, pues han sido los enfermos jóvenes quienes han reaccionado más rápida y evidentemente.

Caso 1.—W. U. S.

Se trataba de un sujeto de 43 años, cuyo padre padeció de una afección visual que lo llevó a la ceguera total a los 45 años. Entre sus antecedentes venéreos es de consignar que en 1912 tuvo un chancro del pene. Ha sido tratado en dos ocasiones con Neo-Salvarsán, con una serie completa cada vez.

Su enfermedad empieza a los 12 años, en que nota disminución de la visión, que se hacía especialmente notoria en la obscuridad.

La hemeralopia fué paulatinamente en aumento, en tal forma que a los 25 años no se orientaba en la obscuridad ni podía distinguir ningún objeto en lugares mal iluminados sin recurrir a la luz artificial.

Hace 5 años sus molestias se intensifican, haciéndose diurnas y nocturnas, en tal forma que en el día al pasar de la luz del sol a lugares no alumbrados por ella, perdía la orientación y la visión de los objetos.

Posteriormente estas molestias se acentúan, disminuye la agudeza visual, pero puede andar a la luz del día, pero tan pronto como empieza a obscurecer se desorienta por completo.

El examen físico dió a conocer la existencia de numerosos focos dentarios. Se hizo defocar. El resto del examen es normal.

La presión arterial era de 10/5.5 (H.D.) al VAQUEZ.

Las reacciones de WASSERMANN y KAHN eran negativas. La uremia de 0,32 grs. por mil. El hemograma y el examen de orina eran normales.

En el examen oftalmológico se encontró en ambos ojos una inyección conjuntival moderada; las pupilas son iguales, reaccionan a la luz y acomodación.

En el fondo de ambos ojos se encuentra una papila rosada, plana de bordes suavemente borrosos, rodeada en su vecindad de abundan-

tes y pequeños focos de coriorretinitis que se van acentuando hacia la periferie. Las arterias son estrechas, de brillo y transparencia normal. Visión: O.D. 5/30.
O.I. 5/30.

Tensión ocular al SCHIOTZ 17.5 mm. Hg.

Presión de la arteria central de la retina al BAILLART 25/98 mms. de agua.

El campo visual está estrechado concéntricamente a 5º para el blanco, amarillo, rojo y azul. No distingue el verde.

El 4 de Agosto de 1936 se hace la extirpación bilateral del corpúsculo carotídeo. Una vez terminada la operación se constata una vasodilatación facial intensa, los vasos de la conjuntiva estaban dilatados.

Aparece un esbozo de un síndrome de CLAUDE BERNARD-HORNER, con miosis, muy ligera enoftalmía, sin que exista ptosis palpebral. Junto a esto se presenta un gran ptialismo durante la operación, que se prolongó después de ella por el curso de 4 días, y dolor en las zonas operatorias, de regular intensidad y de corta duración.

La presión arterial general subió de 10/5.5 a 14/8 al Vaquez, un día después de la operación. Al segundo día la presión era de 12/7 al VAQUEZ. Se agrega además tos y desgarro mucopurulento. El examen revela una faringitis.

Al tercer día la presión llega casi a sus límites normales, bajando a 11/5 al VAQUEZ. **El enfermo acusa mejor visión.**

Seis días después de la intervención la presión era de 11/5 al VAQUEZ. La visión central era de 5/30 en O.D.I. y el fondo de ojo dió a conocer una papila plana rosada, de color uniforme, con las arterias algo estrechadas pero visibles en todo su trayecto. Las venas eran de calibre normal.

El campo visual permanecía igual o sea estrechado a 5º.

Posteriormente el enfermo va acusando cada vez mejor visión. El examen practicado 15 días después de la intervención nos da a conocer en el fondo una papila completamente rosada, de bordes un poco menos nítidos que lo normal, **con arterias y venas de aspecto normal.**

La presión arterial era de 10/5.5 al VAQUEZ.

La visión central fué para O.D. 5/20.
O.I. 5/20 parcial.

Veinticinco días después de la intervención, la mejoría subjetiva es franca, **la hemeralopia existe, pero más atenuada.**

El fondo al examen oftalmológico es de aspecto normal. El campo visual persiste igual. La visión es:
O.D. 5/20.
O.I. 5/20 parcial.

Un mes después de la intervención la visión central ha subido a:
O.D. 5/15
O.I. 5/15 parcial.

El fondo del ojo da a conocer una papila y vasos de aspecto normal. El campo visual se mantiene estrechado a 5º para blanco, amarillo, rojo y azul. Distingue el verde pero dándole tonalidad azul. El enfermo dice ver mejor, especialmente de lejos.

Cuarenta días después de la intervención la visión es de:
O.D. 5/15.
O.I. 5/15 parcial.

El fondo es normal respecto a papila y vasos, manteniéndose igual el campo visual. El enfermo puede andar de noche en la calle, con ligera dificultad, lo que no podía hacer antes de la operación.

Cincuenta días después de la intervención el enfermo se mantiene en iguales condiciones.

Ochenta días después de la operación la visión es:

O.D. 5/15.

O.I. 5/15 parcial.

Se corrige con lentes y se alcanza:

O.D. más 1.50 D=5/7.5 parcial.

O.I. p. más 3 D=5/7.5 parcial.

Cien días después de la operación se encuentra:

Visión: O.D. 5/15.

O.I. 5/15 parcial.

El fondo aparece sin variaciones respecto de los exámenes anteriores. El campo visual permanece igual.

Ciento cuarenta y cuatro días después de la operación, la presión arterial es de 9.5/6 al VAQUEZ.

La visión es de: O.D. 5/15.

O.I. 5/15 parcial.

En el fondo se encuentra una papila francamente rosada con arterias y venas de muy buen aspecto.

El campo visual permanece estdechado a 5º.

En suma: en este caso se ha obtenido una mejoría de la visión central que de 5/30 en O.D.I. ha subido a 5/15 para O.D. y a 5/15 parcial para O.I. El campo visual no se ha modificado, pero el estado subjetivo y objetivo le permiten llevar una vida más activa. La disminución de la hemeralopia contribuye a dar al enfermo esta sensación de mejoría.

CASO 2.—G. C. A.

Se trataba de un sujeto de 28 años, entre cuyos antecedentes hereditarios era de consignar que los padres eran primos en segundo grado y además otro hermano sufre de iguales trastornos visuales que el enfermo, pero más atenuados. Su enfermedad se inicia a los 7 años, notando ligera disminución de la agudeza visual que se hacía más notoria en la obscuridad, hemeralopia que se fué acentuando cada día en tal forma que a los 15 años al pasar de la luz solar a locales sin ella perdía la orientación y la visión de los objetos, demorando un rato en orientarse.

Estos síntomas se fueron acentuando con el transcurso de los años, llegando pronto a ser irreductible la hemeralopia.

Ultimamente la visión se ha reducido en tal forma que para andar a la luz del día necesita ser guiado.

El examen físico es normal. La presión arterial es de 9/5 al VAQUEZ.

Las reacciones WASSERMANN y KAHN son negativas. La uremia es de 0.35 grs. por mil. El hemograma y el examen de orina son normales.

Al examen oftalmológico se comprueba:

O.D.I. Conjuntivas ligeramente inyectadas. Pupilas iguales, reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

FONDO O.D.I. Papila rosada, ligeramente descolorida, de bordes más pálidos y menos nítidos. Arterias estrechas. Lesiones periféricas abundantes de coriorretinitis pigmentaria.

La visión es de: O.D.I. 5/40.

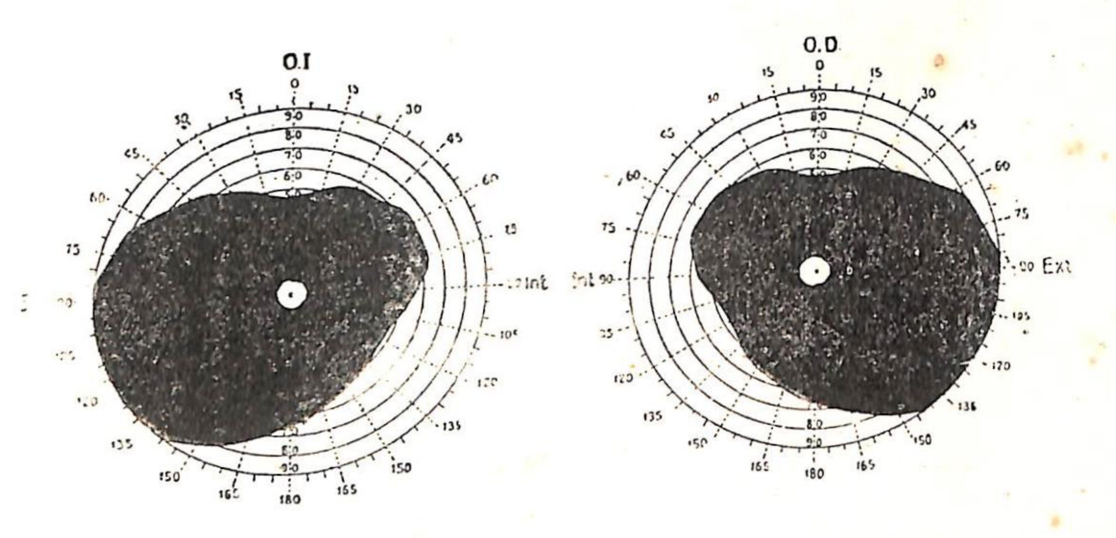
Presión de la arteria central de la retina al BAILLART 63/130 mm. de agua.

Tensión ocular al SCHIOTZ: 13.5.

El campo visual se encuentra reducido a visión tubular para el blanco hasta 5º. No distingue el azul ni el verde, divisa el amarillo como blanco y el rojo como café rojizo.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: G. C. A.—Observación N.º 2162.



Fecha: Antes de la operación.
Visión: O.D. 5/40.
O.I. 5/40.

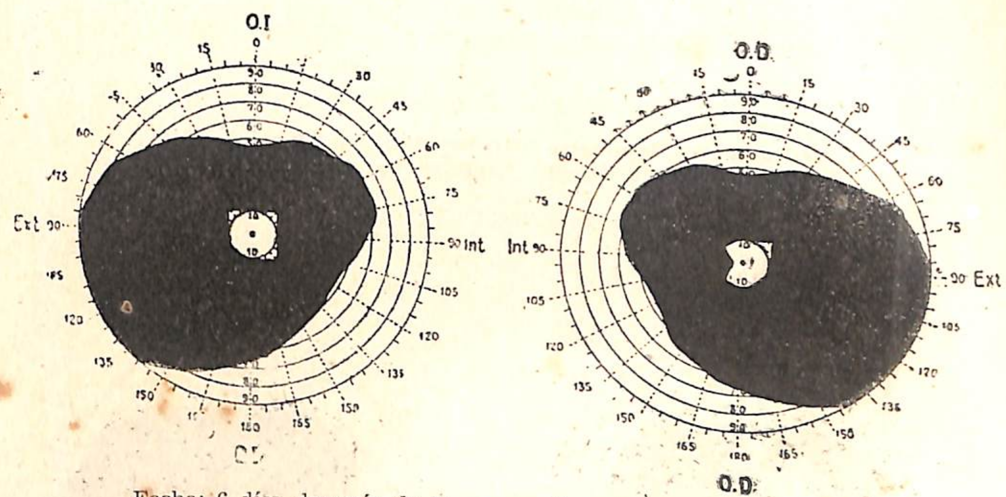
El 4 de Agosto de 1936 se interviene haciendo una extirpación bilateral del corpúsculo carotídeo. Después de la intervención se aprecia una congestión facial bilateral. No existen signos de un síndrome de CLAUDE BERNARD-HORNER. La presión arterial es de 11/8 al VAQUEZ. Al día siguiente persiste la congestión facial bilateral. Existe sequedad de las fauces. La presión arteriar es de 11/8 al VAQUEZ.

Tres días después de la intervención acusa mejor visión. La presión arterial ha descendido a 10.5/7.5 al VAQUEZ.

Seis días después la visión es de:
O.D. 5/20 parcial.
O.I. 5/40.

El fondo de O.D.I. da a conocer una papila rosada, ligeramente descolorida. Las arterias son estrechas, como también las venas. El campo visual ha mejorado.

Nombre: G. C. A.—Observación N.º 2162.



Fecha: 6 días después de la operación.
Visión: O.C. 5/20 parcial.
O.I. 5/40.

En los días siguientes el enfermo puede andar solo por el Hospital sin necesidad de ser guiado, en tal forma que 12 días después de operado se fuga por sus propios medios.

Pese a nuestros intentos por dar con su paradero, nos ha sido imposible hasta la fecha. Es lamentable que no hayamos contado con un control prolongado en un caso que desde los primeros días justificaba las mejores expectativas.

Caso 3.—H. M. L.

Se trata de una mujer de 49 años, cuyos antecedentes personales y hereditarios carecen de importancia.

Su enfermedad se inició hace 15 años, notando disminución de la agudeza visual, a raíz de una afección corneal que dejó como secuelas máculas de ambos ojos (¿Keratitis parenquimatosa?)

Junto a esto acusa hemeralopia.

Ambos síntomas se han ido acentuando con el transcurso de los años, en tal forma, que en la actualidad no puede desempeñar sus labores habituales.

La presión arterial era de 14/7 al VAQUEZ.

Las reacciones de WASSERMANN y KAHN eran ambas positivas con tres cruces cada una.

La uremia era de 0.40 grs. por mil. El examen de orina era normal.

En el examen oftalmológico se encuentra inyección conjuntival en ambos ojos. En O.D. existe una mácula corneal central, antigua y profunda. En O.I. existen numerosas máculas corneales. Las pupilas de ambos ojos reaccionan bien en ambos ojos.

En el fondo se encuentra una papila rosada, ligeramente descolorida. Las arterias son muy estrechas, casi filiformes. Existen focos múltiples redondeados, en sacabocado, de coriorretinitis con pigmento, diseminados en la región papilomacular y en la periferie, siendo más abundantes en la región papilomacular, pero más pigmentados en la periferia.

La presión de la arteria central de la retina medida al BAILLART es de 95/sobre 150. mm. de agua. La tensión ocular al SCHIOTZ es de 11 mm. de Hg.

La visión central es:

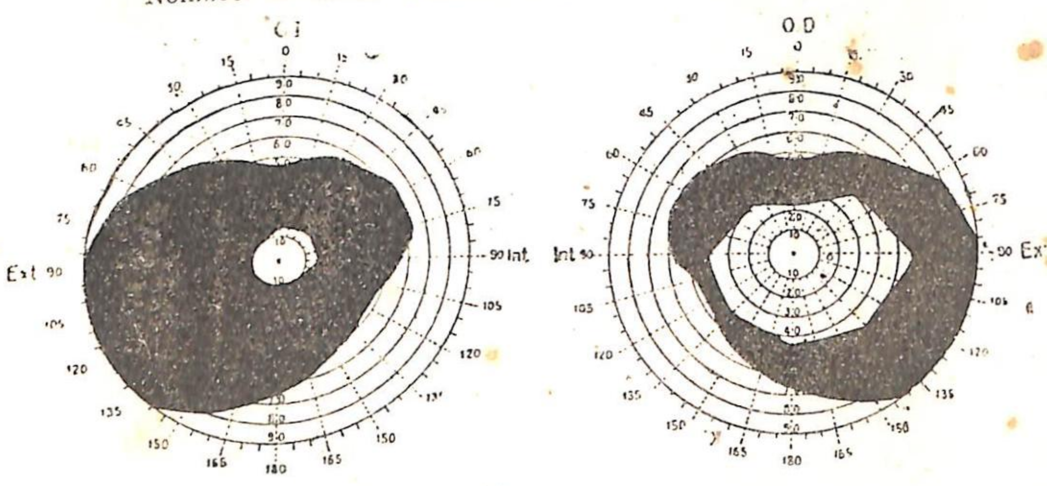
O.D. movimientos manos a 20 cms.

O.I. movimientos manos a 50 . cms.

El campo visual es estrechado concéntricamente especialmente en O.I.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: H. M. L.—Observación N.º 1720.



Fecha: Antes de la operación.
Visión: O.D. movimientos manos a 20 cms.
O.I. movimientos manos a 50 cms.

Se interviene el 2 de Septiembre de 1936 extirpando el corpúsculo carotídeo izquierdo y 9 días después se interviene en el lado derecho.

Como fenómenos post-operatorios se produce una gran salivación después de la primera intervención y congestión facial en el lado operado. No existen ni esbozos de un síndrome de CLAUDE BERNARD-HORNER.

El mismo día acuşa mejor visión.

Una semana después el fondo de ojo de O.I. revela una papila rosada, algo descolorida. Las arterias y venas son medianamente estrechadas, pero se pueden seguir en todo su trayecto hasta bastante distancia de la papila.

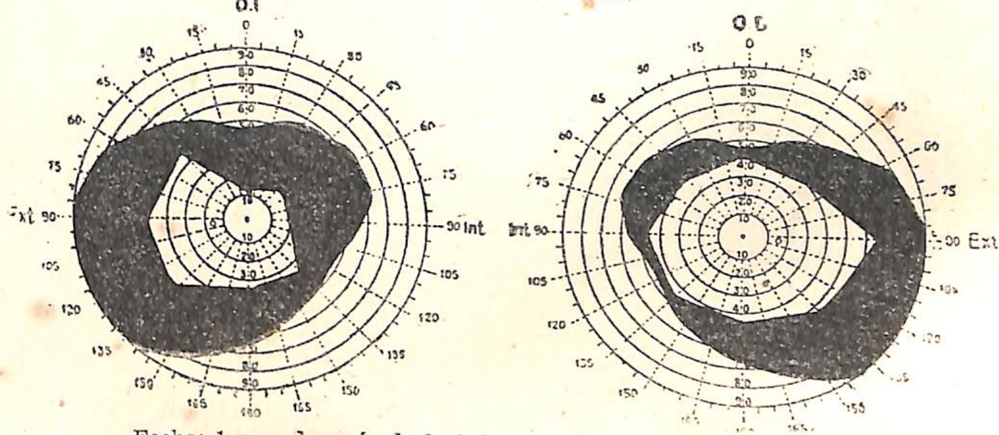
Se practica la segunda intervención el 11 de Septiembre de 1936 en el lado derecho. Después de la operación no se producen fenómenos de vasodilatación local ni esbozos de un síndrome de CLAUDE BERNARD-HORNER.

Cinco días después de esta segunda intervención la enferma dice ver francamente mejor. Un mes después el fondo de ojo da a conocer una papila rosada, siendo estrechas las arterias. Esto se constata en ambos ojos.

El campo visual ha aumentado en forma notoria.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios. Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: H. M. L.—Observación N.º 1720.



Fecha: 1 mes después de la intervención.

Cincuenta días después de la operación la enferma acusa mejoría subjetiva visual.

La visión es:

O.D. 2/50 parcial.

O.I. Cuenta dedos a 1 metro.

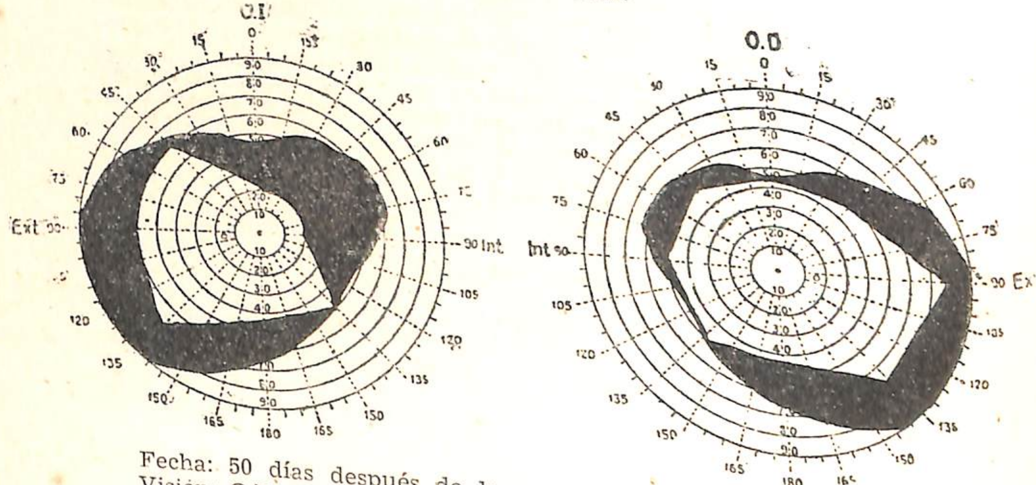
En el fondo de O.D.I. la papila es francamente rosada. Las venas y las arterias son estrechas.

La presión arterial general se mantiene en los límites anteriores a la operación o sea en 14/8 al VAQUEZ.

El campo visual ha mejorado.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios. Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: H. M. L.—Observación N.º 1720.



Fecha: 50 días después de la primera intervención.

Visión: O.D. 2/50 parcial.

O.I. Cuenta dedos a 1 metro.

En el control hecho 2 meses 3 días después de la segunda intervención se encuentra en el fondo de O.D.I. una papila francamente rosada. Las arterias son estrechas pero perfectamente visibles en todo su trayecto. Las venas son de aspecto normal.

La visión es de:

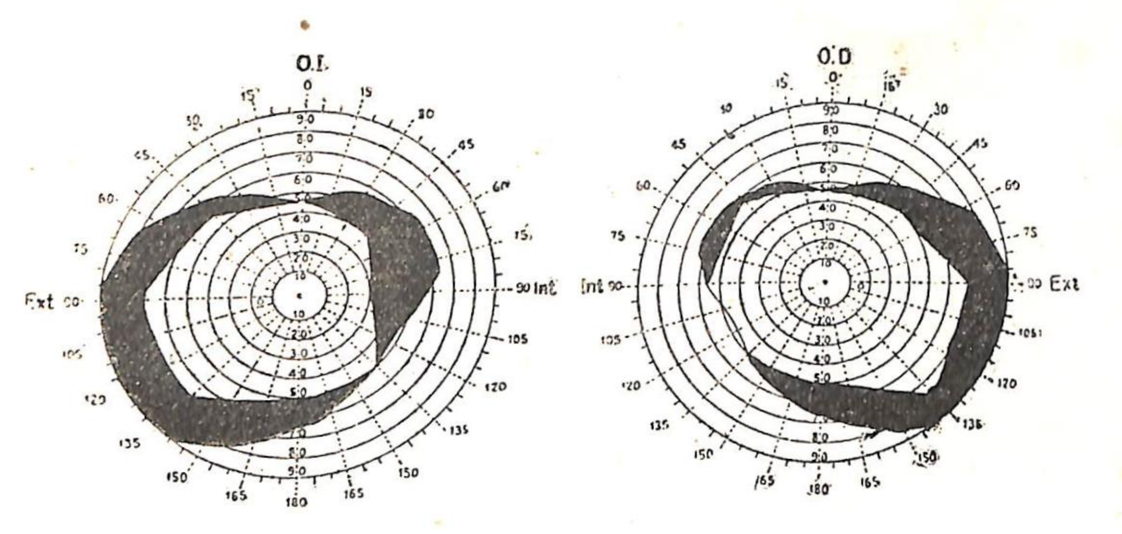
O.D. 2/40 parcial.

O.I. 2/40.

El campo visual ha mejorado ligeramente respecto al examen anterior.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios. Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: H. M. L.—Observación N.º 1720.



Fecha: 63 días después de la segunda intervención.
Visión: O.D. 2/40 parcial.
O.I. 2/40.

Ciento siete días después de la segunda intervención en el fondo de O.D.I. se encuentra una papila francamente rosada en toda su extensión. Las arterias son estrechas pero visibles en todo su trayecto. Las venas son de aspecto normal.

La presión arterial es de 14/9 al VAQUEZ.

La visión es:

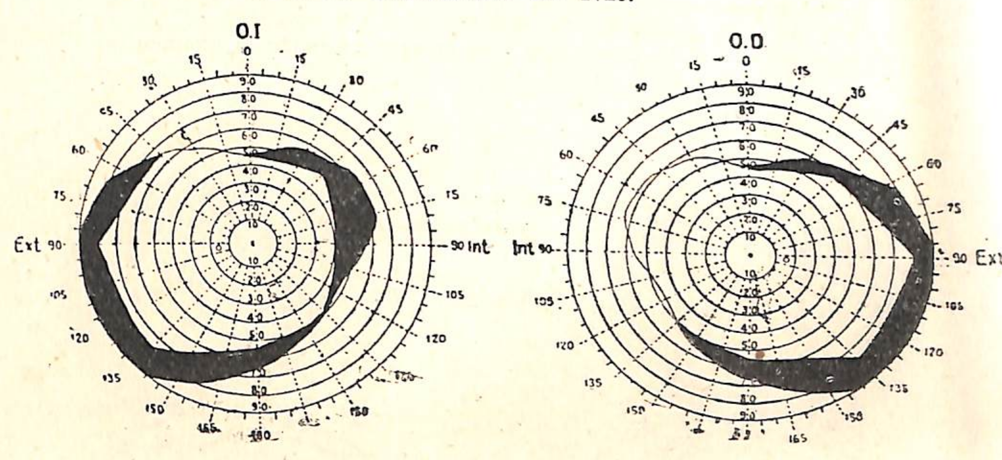
O.D. 2/30 parrcial.

O.I. 2/30.

El campo visual ha mejorado aún más.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: H. M. L.—Observación N.º 1720.



Fecha: 107 días después de la segunda intervención.
Visión: O.D. 2/30 parcial.
O.I. 2/30.

En suma: se ha obtenido en esta enferma un ensachamiento notable del campo visual, aumento de la visión central que, de movimientos manos a 20 cms. en O.D. subió a 2/30 parcial y de visión de movimientos manos a 50 cms. en O.I. subió a 2/30.

Recordemos que la escasa visión central de O.D. se debe a la existencia de una mácula corneal central y que, en O.I., existen también numerosas máculas corneales, que dificultan la visión central.

Caso 4.—B. T. C.

Se trata de un sujeto de 54 años de edad, gran bebedor, que de 10 hijos que ha tenido 4 han muerto en la primera infancia. En 1903 tuvo un chancro del pene, que fué cauterizado sin someterse a tratamiento específico.

El diagnóstico del Servicio de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios es Lúes. Aortitis específica. Arteritis generalizada luética.

La reacción de WASSERMANN es positiva con dos cruces. En el Servicio de Medicina se le hacía tratamiento específico.

A la auscultación cardíaca se encuentra un soplo sistólico en la zona aórtica con reforzamiento del diástole. La presión arterial era de 21/10 al PACHON-GALLAVARDIN.

Sus molestias visuales se remontan a 15 años atrás, notando disminución de la visión en ambos ojos, que se hacía más notoria en la obscuridad, perdiendo la orientación y que se manifestaba tan pronto empezaba a obscurecer.

El 18 de Agosto de 1936 nota disminución brusca de la visión del ojo derecho que fué pasajera, pero al día siguiente nota que ha perdido por completo la visión en ese ojo.

En el examen oftalmológico se aprecia lo siguiente:

O.D. Pupila midriática, inmóvil. En el fondo se encuentra una papila pálida, vasos enormemente estrechados, arterias filiformes. Se hace el diagnóstico de una obstrucción de la arteria central de la retina.

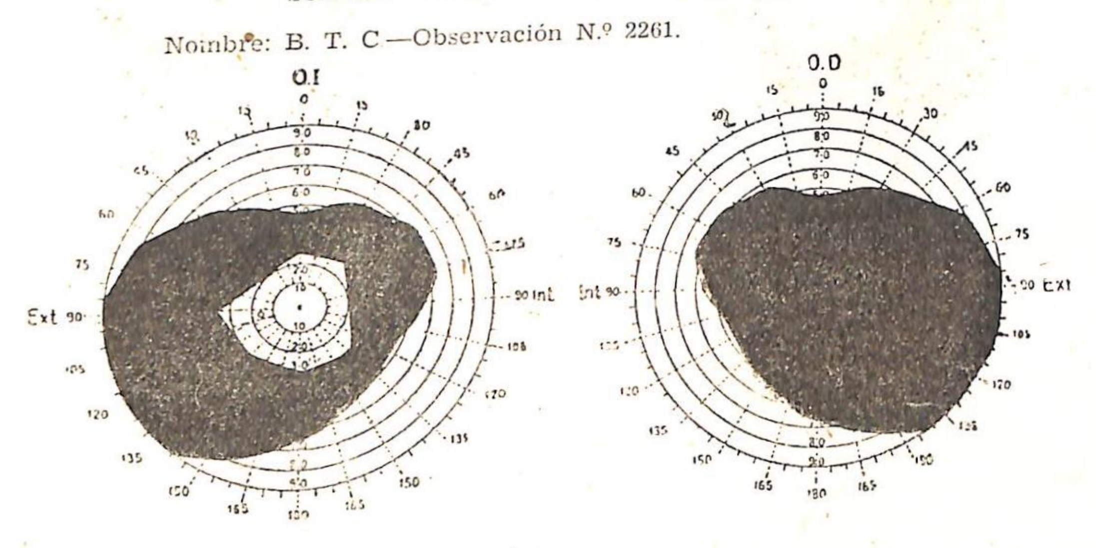
O.I. Fondo: papila rosada, rodeada en su mitad nasal de un pequeño ribete pigmentario. Arterias muy estrechas de brillo exagerado, comprimen fuertemente las venas en los entrecruzamientos. La porción distal se ve muy gruesa y la proximal muy delgada.

Visión: O.D. 0.
O.I. 2/30.

El campo visual de O.I. revela un estrechamiento concéntrico.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: B. T. C —Observación N.º 2261.



Fecha: Antes de la operación.
Visión: O.D. 0.
O.I. 2/30.

El 17 de Septiembre de 1936 se interviene, extirpando el corpúsculo carotídeo del lado izquierdo y sólo de este lado, ya que nada se podía lograr en el ojo derecho, que había sufrido una obstrucción de la arteria central de la retina ya antigua (18 de Agosto de 1936).

Después de la operación no se aprecian síntomas de un síndrome de CLAUDE BERNARD-HORNER ni tampoco vasodilatación facial intensa como en los casos anteriores, sino muy discreta.

Ocho días después de la intervención se comprueba en el fondo de O.I. una papila rosada, rodeada de un ribete pigmentario nasal, las arterias son estrechas y comprimen las venas en los entrecruzamientos.

No acusa mejoría de la visión.

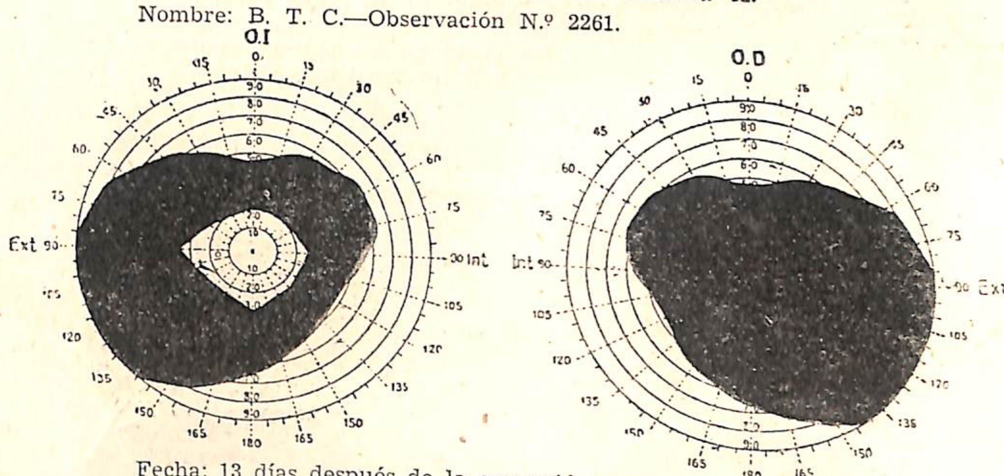
Trece días después de la operación en el fondo de O.I. se encuentra una papila rosada plana de bordes ligeramente sucios, arterias algo estrechas, algunas ramas muy adelgazadas, otras de calibre más o

menos normal, las venas en general de buen aspecto, salvo una superior que se ve más gruesa y de calibre suavemente tortuoso. Esta está comprimida al llegar a la papila por una colateral arterial muy delgada y brillante. La sección proximal de esta vena aparece casi exangüe.

El campo visual no ha mejorado y la visión ha subido a 2/30.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: B. T. C.—Observación N.º 2261.



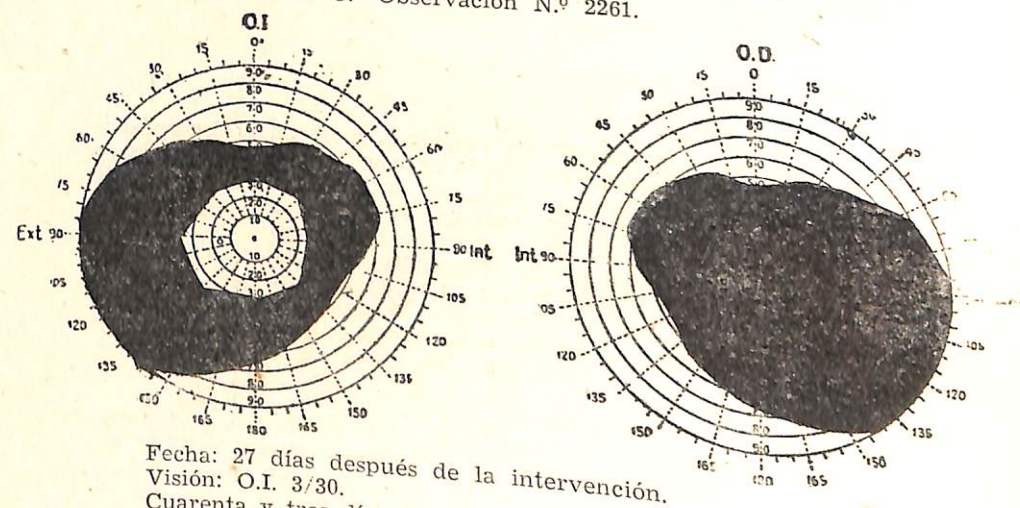
Fecha: 13 días después de la operación.
Visión: O.I. 3/30.

15 días después de la intervención el fondo era igual al ya descrito anteriormente y la visión ha subido a 5/50. Corregido su vicio de refracción con más 4 D. la visión es de 5/15 parcial.

27 días después de la intervención el campo visual ha mejorado.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: B. T. C.—Observación N.º 2261.



Fecha: 27 días después de la intervención.
Visión: O.I. 3/30.

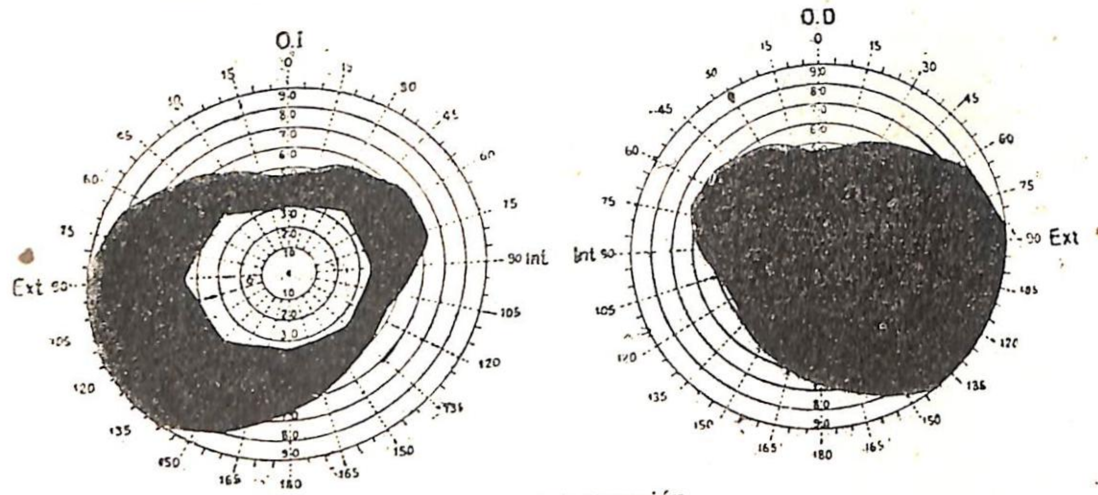
Cuarenta y tres días después el enfermo dice ver mejor.
La visión era de 5/40 y con más 4 D. corregía hasta 5/15 parcial.

El fondo a la imagen recta daba a conocer una papila rosada, en el que las arterias se ven menos estrechadas y la que comprimía a la vena superior realiza esta compresión muy suavemente en tal forma que sólo hay una pequeña diferencia de calibre entre el cabo proximal y el distal.

El campo visual ha mejorado.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: B. T. C.—Observación N.º 2261.



Fecha: 43 días después de la intervención.

Visión: O.I. 5/40.

Cincuenta y siete días después de la intervención, en el fondo de O.I. se constatan las arterias y venas semejantes al último examen, pero en la vena superior es todavía menos visible la alteración de su calibre después del cruce arteriovenoso.

La visión se mantiene igual en 5/40, corrigiendo con más 4 D. a 5/15 parcial.

El campo visual es igual al del último examen.

Ciento dieciocho días después de la intervención en el fondo de O.I. se encuentra una papila rosada de aspecto normal, de bordes suavemente borrosos. Las arterias son estrechas y brillantes, algunas casi blancas, comprimen las venas en los entrecruzamientos. Las venas son francamente flexuosas.

La visión es de 5/30 parcial, corrigiendo con más 4 D. a 5/16 parcial.

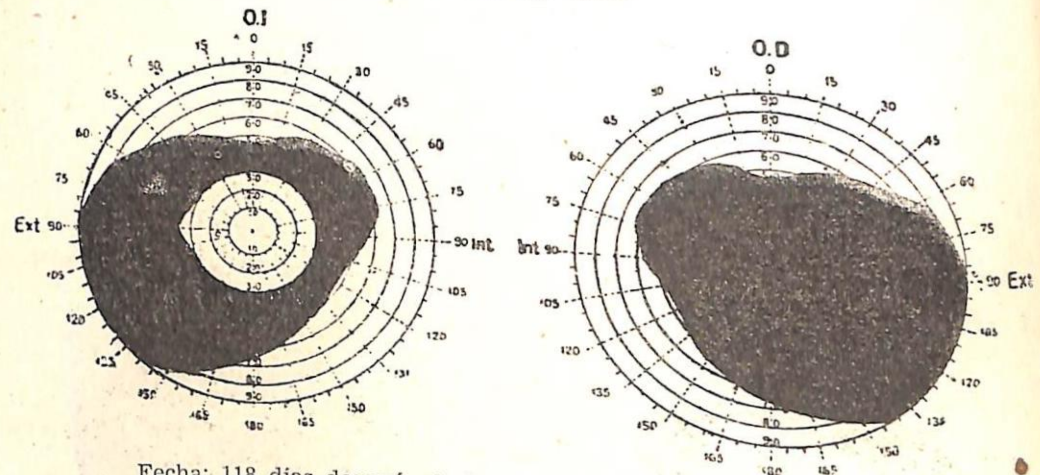
Existe una hipertensión arterial franca de 27/13.5 al PACHON.

Está en tratamiento específico con bismuto y tratamiento hipotensivo.

El campo visual ha aumentado ligeramente.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: B. T. C.—Observación N.º 2261.



Fecha: 118 días después de la intervención.
Visión: 5/30 parcial.

En suma: en este enfermo se ha obtenido mejoría de la visión central que de 2/30 en O.I. ha subido a 5/30 parcial.

El campo visual también ha mejorado.

Caso 5.—M. C. E.

Se trata de una persona del sexo femenino de 49 años de edad. Entre sus antecedentes hereditarios es de consignar que de 5 hermanos 3 han sido miopes. Su enfermedad se remonta a la infancia, presentando disminución de la visión, por una miopía, que es corregida con el uso de lentes desde los 14 años. Hace más de dos años nota que su visión disminuye más, al principio para la visión de lejos y luego para la visión de cerca. Junto a esto nota que recién entra a una pieza más o menos obscura, pierde la visión por completo, no pudiendo orientarse.

Se hace tratamientos repetidos a base de yodo, sin resultados. La visión de cerca se reduce aún más, no permitiéndole leer.

Al examen físico no se encuentra nada de anormal. La presión arterial es de 14 y 9 al VAQUEZ. La reacción de WASSERMANN y KAHN son negativas. El examen de orina es normal. La uremia es de 0.35 grs. por mil. La glicemia es de 0.94 grs. por mil.

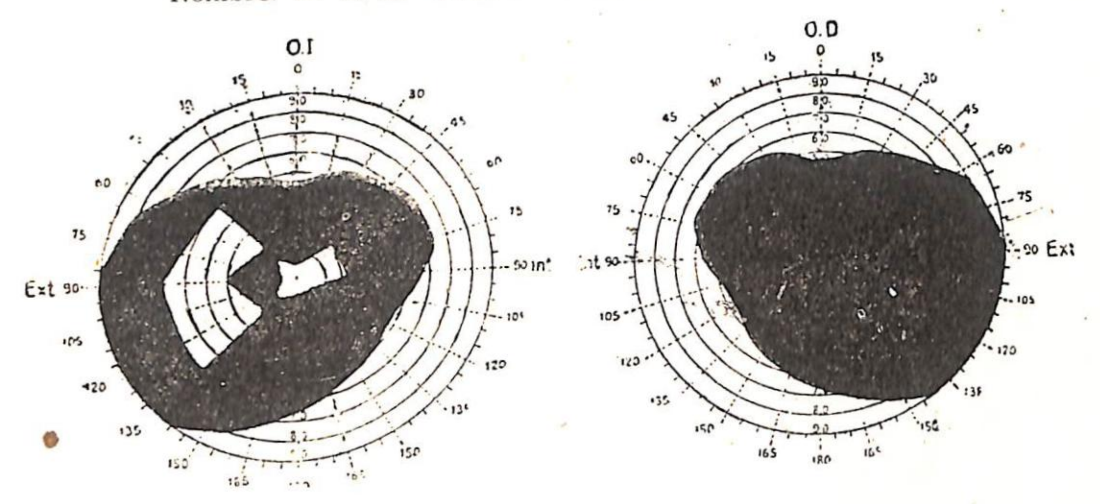
El examen oftalmológico de O.I. dió a conocer en el fondo una papila blanca sobre todo en su mitad temporal. La mitad nasal es ligeramente coloreada. La papila está rodeada de un gran cono de atrofia coroídea. En el área papilomacular se ven pigmentaciones y decoloraciones pequeñas, redondeadas. Las arterias son estrechas, filiformes, como tiradas a cordel. Las venas son delgadas como tiradas a cordel (imagen invertida).

La visión es:
O.D. 0.
O.I. 5/15 difícil.

El campo visual es el siguiente:

**Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.**

Nombre: M. C. E.—Observación N.º C. P.



Fecha: Antes de la operación.
Visión: O.D. 0
O.I. 5/15 difícil.

Se practica la intervención el 9 de Octubre de 1936, extirpando ambos corpúsculos en una sola sesión.

Después de la intervención se aprecia gran vasodilatación del territorio de la carótida externa, ligera enoftalmía, ligera ptosis palpebral, las pupilas son normales.

Al día siguiente el fondo había cambiado totalmente, la papila era rosado suave, las arterias y venas de mejor calibre.

La presión arterial había subido enormemente, de 14/9 al VAQUEZ, que era antes de la operación, a 24/11. El pulso había subido a 140 al minuto.

Dos días después el fondo es igual al descrito el día anterior. La presión arterial se mantiene alta y el pulso en 120 al minuto.

En estas circunstancias instituimos un tratamiento destinado a despertar las acciones de los reflejos reguladores, de los nervios de CYON-LUDWIG, ya que habíamos extirpado la zona senocarotídea y dejado la regulación de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca bajo el dominio del simpático. Tratamiento consistente en papaverina y luminal que son antagonistas del simpático en sus acciones vasculares y eserina que es inhibidor de la estearasa que en condiciones normales destruye el hormón vagal.

Con este tratamiento conseguimos ese mismo día un descenso de la presión a 18/11 al VAQUEZ, el pulso se mantenía en 120.

Tres días después la presión baja a 17/10. El pulso se mantiene en 120 al minuto.

Cuatro días después de la operación el fondo de O.D.I. daba a conocer una papila rosada suave, especialmente en su mitad temporal. Arterias y venas de mejor calibre y de trayecto ondulante.

La presión arterial era de 17/11 al VAQUEZ y el pulso de 116 al minuto.

Al cuarto día de tratamiento la presión baja a 15/11 al VAQUEZ y el pulso a 100 al minuto, para llegar al sexto día a 15/10 y 90 de pulso.

Sin embargo, había una gran inestabilidad vascular y así repentinamente al séptimo día después de la operación la presión subió a 18.5/12 al VAQUEZ y el pulso a 110.

Bastaba cualquier trabajo, cualquier esfuerzo, cualquiera emoción para desencadenar esta inestabilidad vascular.

¿Hipersensibilidad o defecto de la suplencia de los nervios de CYON-LUDWIG?, como piensa MAGITOT. Nos inclinamos más por el último, sin desconocer por esto que el factor hipersensibilidad también puede influir en la producción de este síndrome hipertensivo con taquicardia.

Al noveno día después de la operación la presión es de 16.5/11.5 al VAQUEZ.

Al examen ocular se encuentra que las pupilas reaccionan muy bien y en el fondo de O.I. a la imagen invertida se aprecia una papila rosada en su mitad temporal, más pálida en su mitad nasal. Las arterias son de calibre un poco estrecho pero perfectamente visibles en todo su trayecto.

Trece días después de la operación dice poder leer mejor. La presión arterial e sde 15.5/11 al Vaquez. Al examen oftalmológico se constata que las pupilas reaccionan muy bien a la luz y en el fondo a la imagen invertida se encuentra una papila rosada suave en su mitad temporal. Las arterias se ven bien. Las venas son de aspecto normal.

La visión ese día es de 5/10 parcial. Este examen fué practicado con los tests de la consulta del Dr. BARRENECHEA.

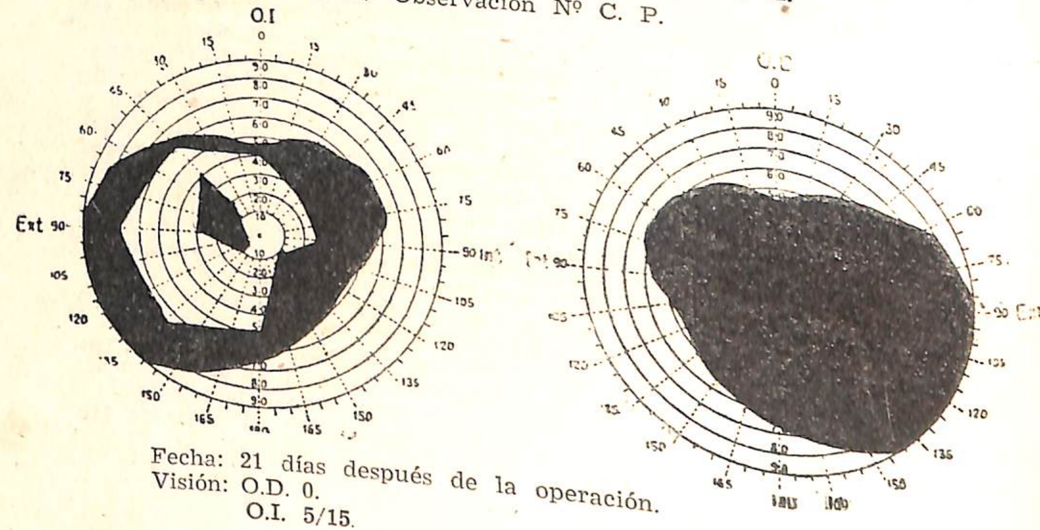
El control hecho 21 días después de la operación da a conocer en el fondo de O. I. a la imagen invertida una papila rosada en su mitad temporal, la mitad nasal es más pálida. Las arterias están como en los exámenes anteriores.

La presión arterial se ha estabilizado en 15/11 al Vaquez.

El campo visual ha mejorado enormemente.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: M. C. E.—Observación Nº C. P.



Fecha: 21 días después de la operación.
Visión: O.D. 0.
O.I. 5/15.

Treinta y ocho días después de la operación el fondo se mantiene en iguales condiciones, la visión es de 5/10 parcial. El campo visual ha mejorado respecto del último examen.

Existe siempre una hipertensión pero sin taquicardia, ésta última se produce a raíz de emociones, esfuerzos, etc.

Se deja como tratamiento ENDOIODINA Bayer.

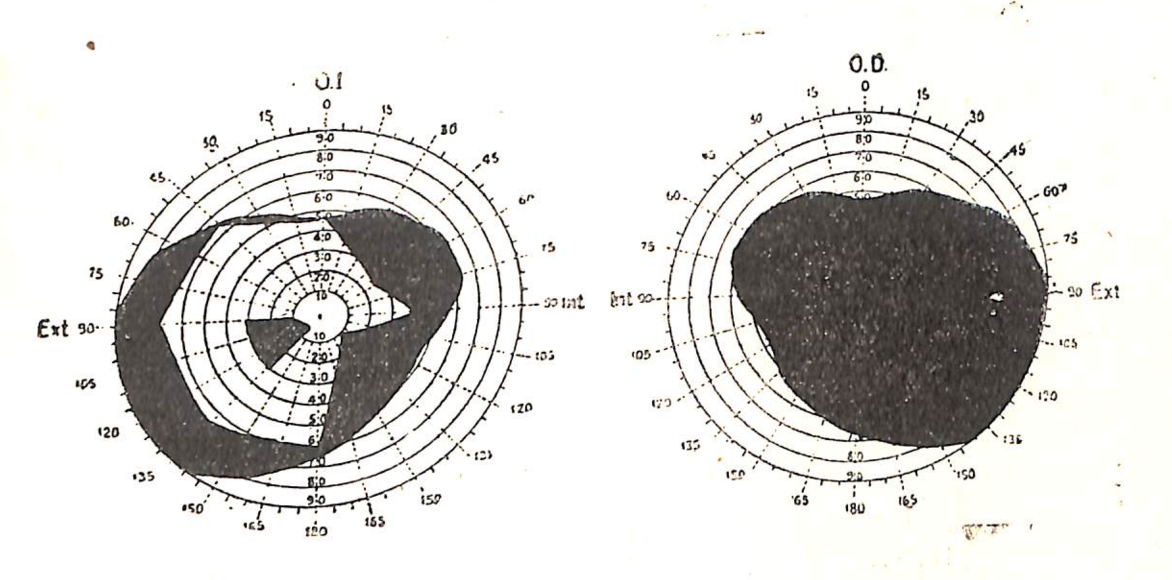
Dos meses después de la operación la presión arterial es de 13/9 al Vaquez (H. D.) Ha desaparecido el estado de inestabilidad vascular.

En el fondo de O.I. se encuentra una papila con su mitad temporal rosada la mitad nasal es más pálida. Las arterias se ven bien.

La visión es de 5/10 parcial en O.I.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: M. C. E.—Observación Nº C. P.



Fecha: 38 días después de la operación.
Visión: O. D. 0.
O.I. 5/10 parcial.

Setenta días después de la operación en el fondo de O.I. se encuentra una papila rosada en su mitad temporal, más descolorida en la mitad nasal. Las arterias son perfectamente visibles.

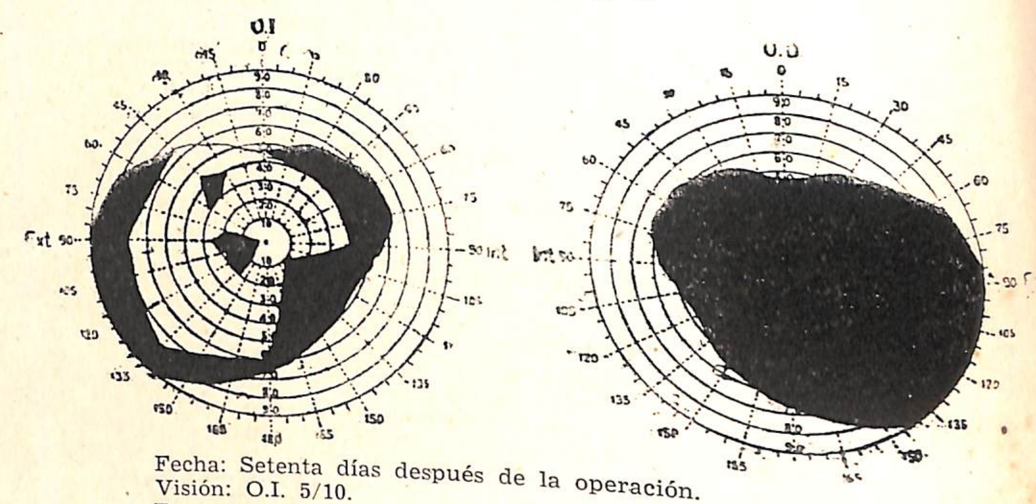
La visión en O.I. es de 5/10.

La presión arterial es de 14/9 al VAQUEZ (H.D.)

El campo visual ha aumentado, pero presenta dos escotomas paracentrales.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: M. C. E.—Observación Nº C. P.



Fecha: Setenta días después de la operación.
Visión: O.I. 5/10.

En suma: en este caso se ha obtenido una mejoría de la visión central de 5/15 a 5/10 en O.I.

El campo visual ha mejorado en forma evidente. Sin embargo la mejoría visual es escasa.

Caso 6.—L. A. S.

Se trata de un sujeto de 28 años del Servicio del Profesor ESPILDORA del Hospital San Vicente.

Sus antecedentes hereditarios, personales y venéreos carecen de importancia.

Su enfermedad se inicia a los 10 años de edad, en que nota disminución de la visión diurna, haciéndose esto más notorio al atardecer.

La disminución de la visión y la hemeralopia se han ido acentuando paulatinamente, en tal forma que a los 20 años la hemeralopia es completa. La visión diurna era pésima. Los síntomas se han ido acentuando paulatinamente, en tal forma, con el transcurso de los años, de no permitirle ningún trabajo.

El examen general es normal. La presión arterial era de 12/7 al VAQUEZ. (H.D.) La reacción de WASSERMANN es negativa, la uremia de 0.18 grs. por mil, la glicemia de 0.90 grs. por mil. El examen de orina es normal.

La visión tomada en la cámara obscura es:
O.D.I. movimientos a 60 cm. (7 de Agosto de 1936).

La visión a la luz del día es:
O.D. movimientos manos a 2 metros.
O. I. movimientos manos a 3 metros.

El fondo de O.D.I. da a conocer una papila pálida. Vaso-constricción intensa. Focos pigmentarios retinales diseminados especialmente en la periferie.

En el campo visual sólo tenía visión del punto de fijación (21-Octubre-36).

La presión de la arteria central de la retina al BAILLART es 50/110 en O.D.I.

La tensión ocular al SCHIOTZ es de 13 en O.D.

Se interviene el 22 de Octubre de 1936, haciendo una extirpación bilateral del corpúsculo carotídeo. (Dr. Covarrubias Zenteno).

El mismo día se produce una gran congestión facial.

Al día siguiente el enfermo dice ver más. Ve varios objetos a su alrededor que antes no percibía, así la ampolleta de la sala, las ventanas, etc.

Existe una midriasos bilateral.

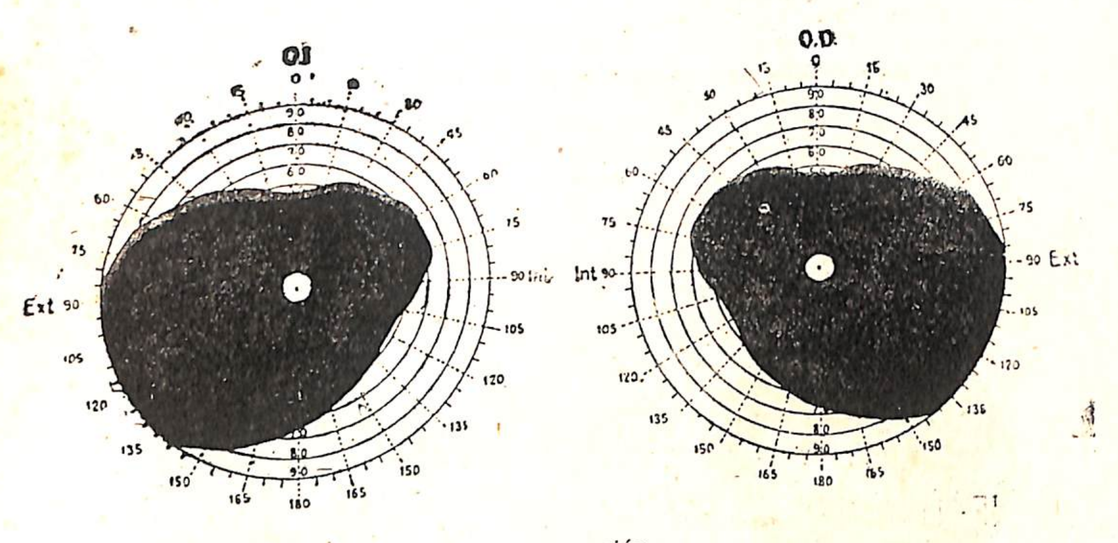
En el fondo del ojo no se observa cambio.

Ocho días después en el fondo de O.D.I. se observa una papila ligeramente rosada. Los vasos son estrechados.

La visión central ha subido a O.D. 5/40.
O.I. 5/40.

El campo visual alcanza a 5º, de visión del punto de fijación que tenía antes de la operación.

Nombre: L. A. S.—Observación Nº 17027.



Fecha: 8 días después de la operación.
Visión: O.D. 5/40.
O.I. 5/40.

El enfermo dice ver mucho mejor.

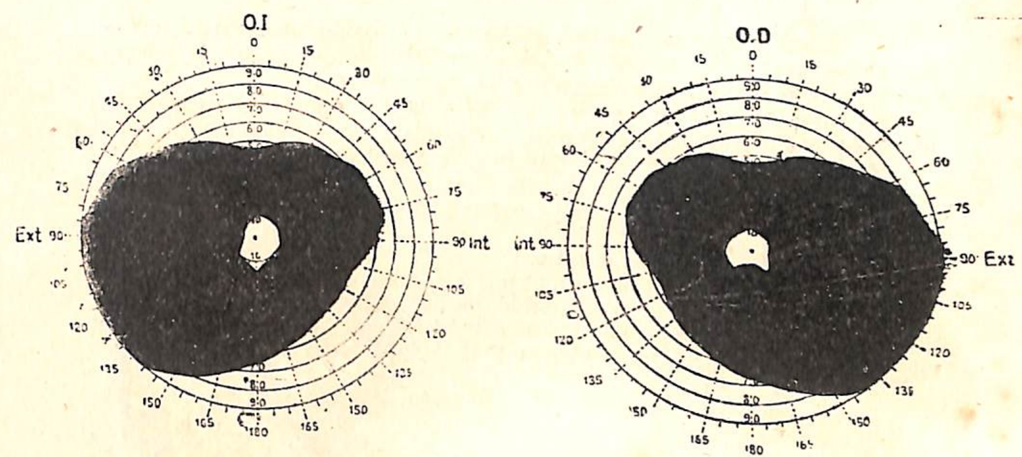
Diez días después de la operación dice ver mucho mejor, puede andar en la semi-obscuridad con cierta dificultad y con relativa facilidad a la luz del día.

Diecisiete días después el fondo de ojo revela una papila rosada. Los vasos permanecen estrechados.

La visión es de 5/30 en ambos ojos.

El campo visual se ha ensanchado.

Nombre: L. A. S.—Observación Nº 17027.

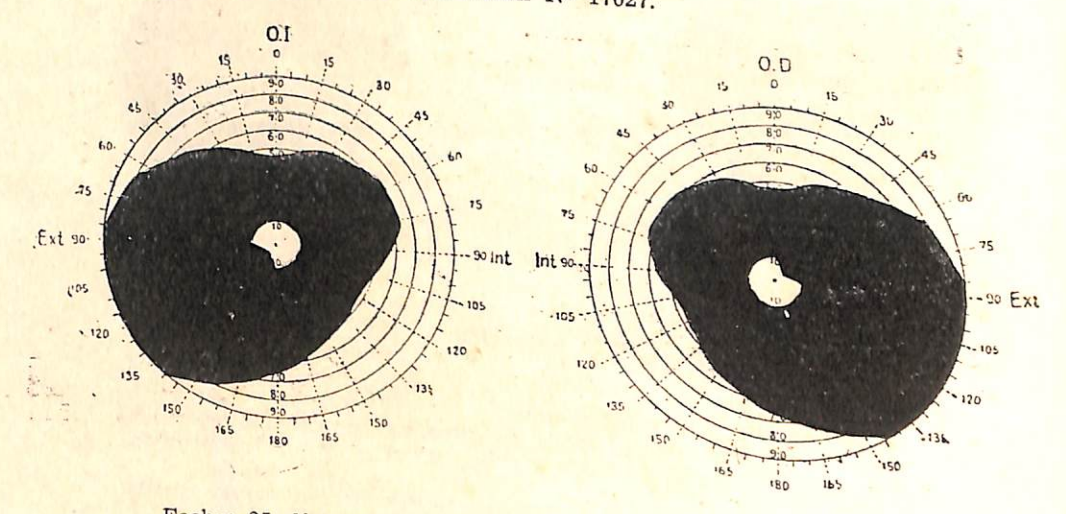


Fecha: 17 días después de la operación.
Visión: O.D. 5/30.
O.I 5/30.

El enfermo dice ver bastante bien. Puede andar sin tropezar con los objetos y personas, lo que no podía hacer antes de la operación.

Veinticinco días después de la intervención, la visión central permanece en 5/30 y el campo visual alcanza a 10º en casi todos los puntos.

Nombre: L. A. S.—Observación Nº 17027.



Fecha: 25 días después de la operación.
Visión: O.D. 5/30
O.I. 5/30.

En el fondo de O.D.I. se encuentran las papilas más rosadas, pero no se aprecia modificación vascular.

En suma: este enfermo ha mejorado su visión central de movimientos manos a 2 metros en O.D. a 5/30 y de movimientos manos a 3 metros en O.I. a 5/30.

El campo visual ha pasado de la visión del punto de fijación a 10º, menos en un diámetro en ambos lados.

La mejoría subjetiva es notoria, ha hecho la felicidad del enfermo.

Caso 7.—D. G.

Se trata de un sujeto de 51 años cuyo diagnóstico clínico es de hipertensión arterial e insuficiencia aórtica.

Entre sus antecedentes venéreos es de consignar que en 1918 y 1926 presenta chancros del pene, que fueron tratados en ambas ocasiones con Neo-salvarsán, bismuto y mercurio.

En el examen clínico se constata un doble soplo de la zona aórtica.

En Septiembre de 1935 sufrió una embolía de la arteria central de la retina de .OD. Este cuadro se acompañó a fines de Octubre del mismo año de crisis glaucomatosas que condujeron el ojo a la ceguera.

En esa época se constata en el fondo del ojo izquierda una papila rosada, plana de bordes algo borrosos, las arterias son muy estrechas.

A fines de Julio de 1936 presenta en O.I. obnubilaciones visuales frecuentes de duración variable. En una de ellas permanece toda la mañana en amaurosis completa.

El 9 de Agosto de 1936 es atendido de urgencia por amaurosis de O.I., que data desde la noche anterior .Se comprueba en el fondo de O.I. una papila blanca filiforme. Mancha roja de la mácula.

Es operado al día siguiente de urgencia, o sea 48 horas después de producido el cuadro.

Se extirpa al corpúsculo carotídeo del lado izquierdo. La intervención no fué seguida de alza de la tensión arterial, aunque se trataba de un hipertenso. con 22/10 de presión al VAQUEZ.

No hubo fenómenos post-operatorios de vasodilatación facial, ni tampoco síntomas de un síndrome de CLAUDE BERNARD-HORNER.

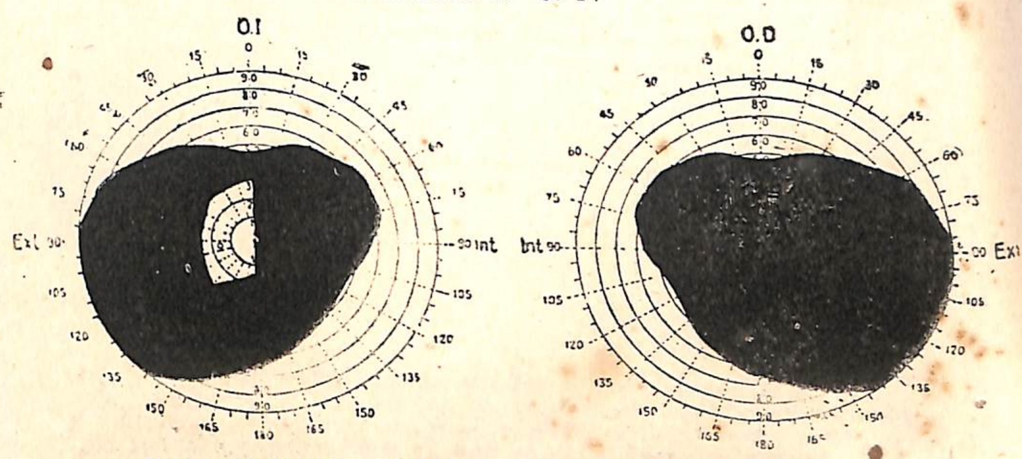
Treinta y seis días después de la operación en el fondo de O.I. se constata una papila pálida, de bordes ligeramente borrosos. Las lado temporal que del nasal.

La visión es de O.D. 0
O.I. 1/50.

El campo visual es de tipo hemianóptico.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: D. G.—Observación Nº C. P.



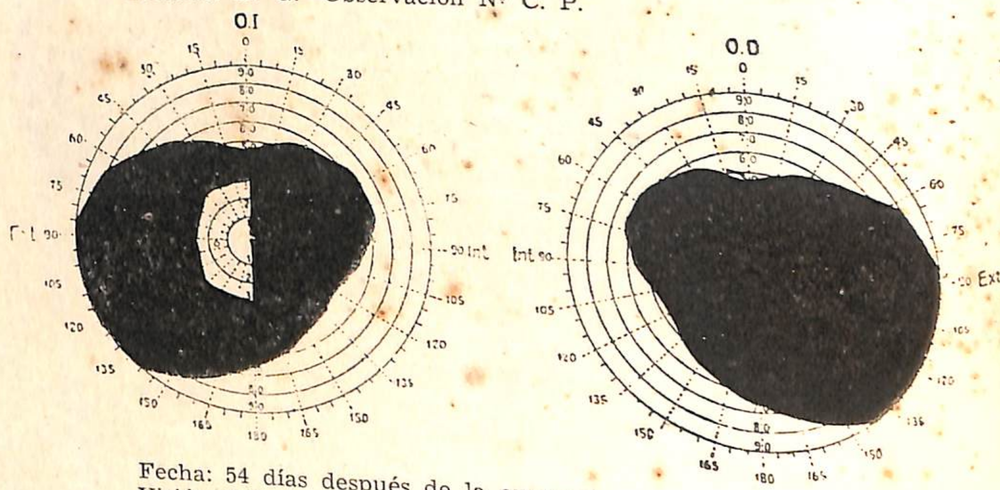
Fecha: 36 días después de la operación.
Visión: O.D. 0
O.I. 1/50.
54 días después de la operación la visión central ha subido
O.D. 0.
O.I. 1/40.

Al examen se encuentra que las pupilas presentan un esbozo de reacción hemióptica de WERNICKE. La reacción es más intensa del lado temporal que del nasal.

El campo visual persiste de tipo hemianóptico.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: D. G.—Observación Nº C. P.



Fecha: 54 días después de la operación.
Visión O.D. 0.
O.I. 1/40.

60 días después de la operación en el fondo de O.I. se constata una papila blanca, más blanca en su mitad temporal, plana, de bordes suavemente borrosos. Las arterias son filiformes, apenas se ven. Las venas son de buen calibre. Existe una mancha rojo vivo de bordes descoloridos en la mácula.

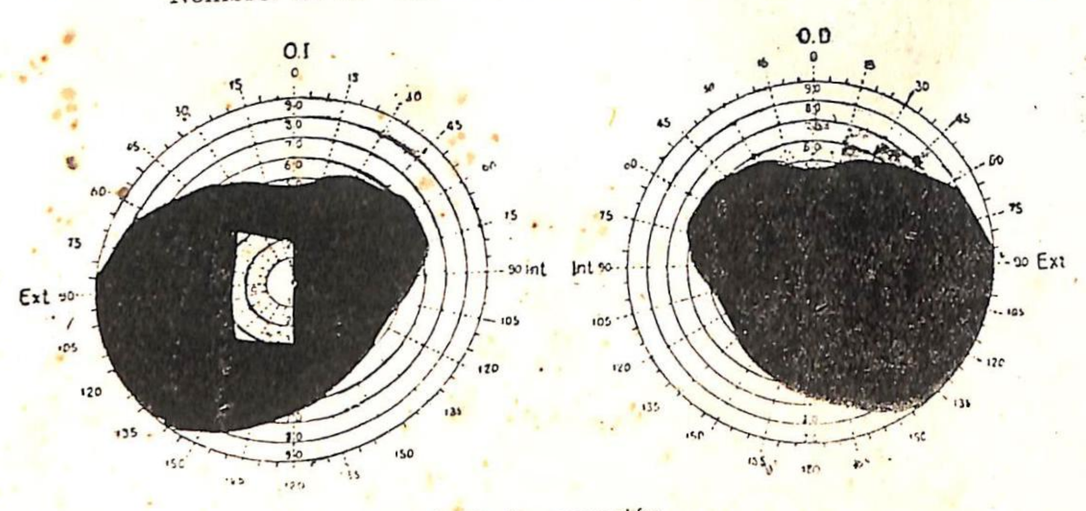
La visión para O.I. es de 2/40 parcial.

75 días después de la intervención dice ver más claro. La visión central es para O.I. de 4/40 parcial.

El campo visual persiste de tipo hemianóptico.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: D. G.—Observación Nº C. P.



Fecha: 75 días después de la operación.
Visión O.D. 0.
O.I. 2/40 parcial.

83 días después de la operación el fondo de O.I. da a conocer una papila blanca. Las arterias son estrechas, pero se ven en todo su trayecto. Las venas son de aspecto normal.

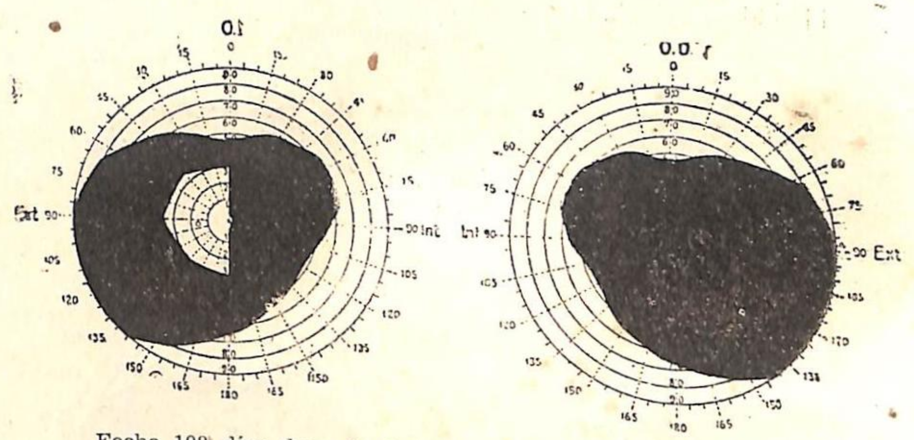
108 días después de la intervención en el fondo de O.I. a la imagen invertida se encuentra una papila con su mitad temporal más rosada que la nasal que se ve pálida. Las arterias son estrechas.

El campo visual persiste de tipo hemianóptico, pero más ensanchado.

La visión para O.I. es de 2/40.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: D. G.—Observación Nº C. P.



Fecha 108 días después de la operación.
O.I. Visión 2/40.
El enfermo dice ver más claro.

La presión arterial en este caso antes de la operación era de 22/10 al VAQUEZ. Después de la operación, en los días siguientes a ella, no se modificó, pero posteriormente ha sufrido oscilaciones periódicas entre 22/10 y 27/13 al Vaquez. Es de notar que las crisis hipertensivas han estado en relación con excesos de diverso orden, en tal forma que esta inestabilidad tensional no podemos atribuirla a la extirpación del corpúsculo carotídeo.

La explicación del campo visual hemianóptico es difícil, pues se trata de una hemianopsia inconsciente, sin compromiso del haz macular, con un esbozo de reacción de WERNICKE.

Ahora, o bien la restitución funcional se ha hecho por modificación de la circulación en las ramas de la arteria central de la retina, lo que parece muy poco probable, ya que el fondo de ojo no demuestra ninguna diferencia apreciable para alguna de ellas o bien ha existido en este enfermo un cuadro circulatorio que ha comprometido al mismo tiempo que la arteria central de la retina la vía óptica en cualquiera parte de su trayecto.

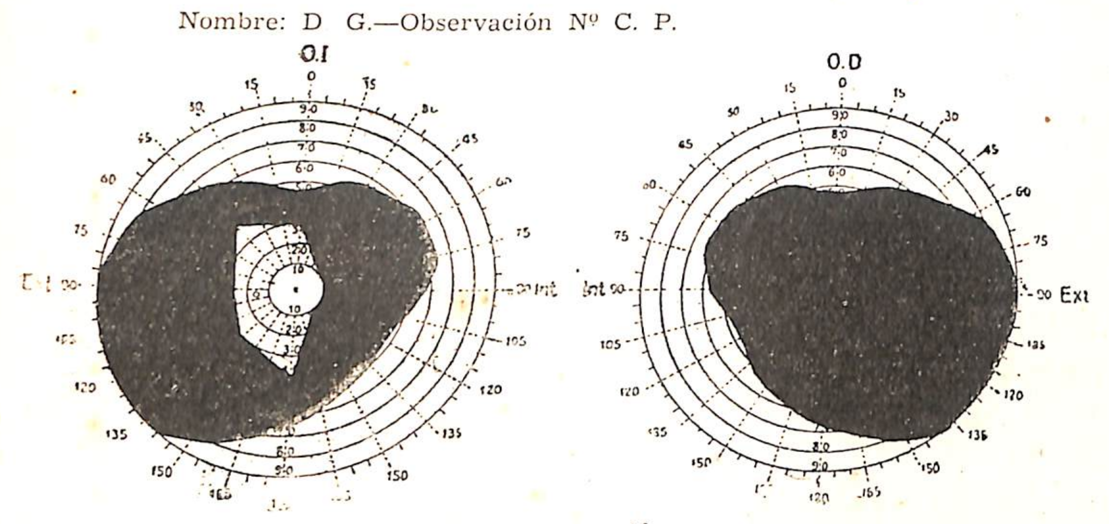
La mejoría de las condiciones circulatorias a nivel de la arteria central de la retina ha permitido evidenciar la secuela que ha quedado del compromiso de la vía óptica.

Ciento cincuenta y cuatro días después de la operación en el fondo, de O.I. se encuentra una papila blanca, las arterias son muy estrechas, pero se ven.

Las venas se presentan de mejor aspecto.
La presión arterial es de 21.5/11 al VAQUEZ (H.D.).
La visión es de 2/30 parcial.
El enfermo dice ver mejor, pero más obscuro.
El campo visual ha dejado de ser de tipo hemianóptico.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: D G.—Observación Nº C. P.



Fecha: 154 días después de la operación.
Visión: O.I. 2/30 parcial.

Actualmente hacemos un estudio neurológico del enfermo que pueda ayudar a darnos la explicación exacta del cuadro.

Caso 8.—M. M. N.

Se trata de una persona del sexo femenino de 33 años de edad. Entre sus antecedentes es de consignar que de 11 hermanos han muerto 7, todos menores de 5 años, 3 de éstos han muerto de síndrome meníngeo. De los que viven, uno padece de una psicosis maníaco-depresiva. Su madre ha tenido 11 abortos, producidos por hemorragias repetidas durante el embarazo.

Su afección visual se remonta a la infancia, notando sus familiares a raíz de una nefritis, disminución de la visión. Este trastorno visual se fué intensificando hasta 1912 para luego permanecer estacionario hasta 1916.

En 1919 consulta especialista haciéndose el diagnóstico de retinitis pigmentaria. Se hace un tratamiento con Cianuro de mercurio y yoduro de potasio, logrando con él gran mejoría de la visión.

Posteriormente la disminución de la visión se fué acentuando, presentando además hemeralopia franca, pues si bien antes la tenía era muy poco notoria. Es sometida a diversos tratamientos por uno de nosotros, sin éxito.

Ultimamente nota que su visión disminuye aún más y que la hemeralopia se intensifica, en tal forma de perder por completo la orientación al entrar a una pieza obscura.

En estas condiciones nos consulta de nuevo.

Al examen general se encuentra una dentadura en muy mal estado. En el cuello se palpan numerosos ganglios infartados, siguiendo el borde del esternocleidomastoideo. En las extremidades inferiores se encuentran numerosas úlceras varicosas, cicatrizadas casi por completo.

La presión arterial es de 13/7.5 al Vaquez (H.D.)

El examen de orina es normal, la uremia de 0.20 grs. por mil, las reacciones de WASSERMANN y KAHN son negativas, la glicemia de 0,85 grs. por mil y a la radioscopía cardíaca se encuentra un corazón y una aorta de tamaño normal. El examen oftalmológico da a conocer lo siguiente:

Visión: O.D. 0.50/50.
O.I. 0.50/50 parcial.

En el fondo de O.D.I se encuentra una papila rosada, plana, de bordes completamente borrosos. Las arterias son muy estrechas, filiformes, algunas son invisibles. Otras aparecen como un hilo blanco al lado de la vena, estc es especialmente visible en una arteria superior. En la periferia existen abundantes lesiones de cariorretinitis pigmentaria. Las arterias presentan en la periferie, iguales alteraciones a las ya descritas. Las venas son de aspecto más o menos normal.

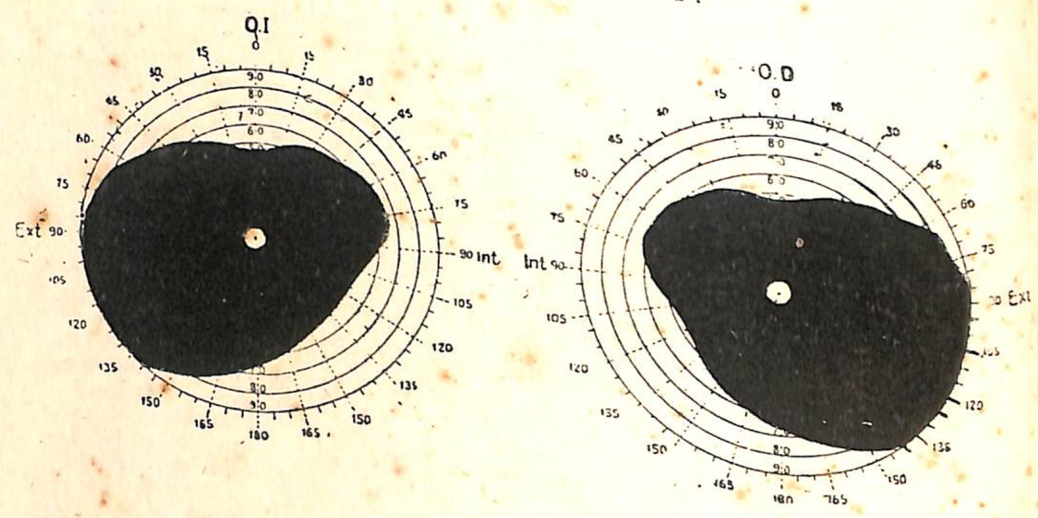
La presión de la arteria central de la retina es de 30/78 al BAILLART, en O.D.I.

La tensión ocular al SCHIOTZ es de 30.5 mm. de Hg. en ambos ojos.

El campo visual es estrechado concéntricamente a 5º.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: M. M. N.—Observación Nº C. P.



Fecha: Antes de la operación.
Visión: O.D. 0.50/50.
O.I. 0.50/50 parcial.

El 16 de Noviembre de 1936 se practica la extirpación de ambos corpúsculos carotídeos.

Nueve horas después se encuentra en el fondo de O.D.I. una papila francamente rosada, hiperémica. Las arterias y venas son estrechas.

La presión arterial es de 19/9 al Vaquez (H.D.)

Existe una vasodilatación facial intensa. No hay ni esbozos de un síndrome de CLAUDE BERNARD-HORNER y por el contrario las pupilas medidas al pupilómetro dan a conocer que existe 1 milímetro más de circunferencia que antes de la operación.

Al día siguiente en el fondo de O.D.I. existe una papila rosada, francamente hiperémica. Las arterias siempre son estrechas, pero menos que el día anterior.

La presión arterial es de 14.5/7.5 al Vaquez (H.D.)

En la orina se encuentran indicios de glucosa y acetona abundante.

Dice sentir dolor con sensación de quemazón en el territorio de la carótida interna.

Dos días después de la intervención el fondo de ambos ojos se mantiene igual. La sensación de quemazón en el territorio de la carótida interna ha desaparecido, como también el dolor. En la orina se encuentra indicios de glucosa y abundante acetona.

Tres días después de la operación el fondo se mantiene sin alteraciones.

La presión arterial es de 13.5/8 al Vaquez (h.d.)

En la orina se encuentran indicios de acetona y 1,62 grs. de glucosa.

Cuatro días después de la intervención se sacan los ganchos de la herida operatoria.

La presión arterial es de 14/9 al Vaquez (h.d.)

El fondo se mantiene sin variación respecto a los exámenes anteriores.

En la orina ha desaparecido la glucosa y la acetona.

Dice poder fijar mejor los objetos y nota mayor facilidad para los movimientos de los ojos.

Cinco días después de la operación en el fondo de O.D.I. se encuentra una papila francamente rosada, las arterias se precisan con más nitidez que en los exámenes anteriores. Las venas se ven con bastante nitidez.

La presión artérial es de 14/9 al Vaquez.

Siete días después de la intervención **dice ver mejor.**

En el fondo de O.D.I. se encuentra una papila francamente rosada, las arterias son de mejor aspecto.

La presión arterial es de 14.5/9.5 al Vaquez (H.D.).

Nueve días después de la intervención el fondo se mantiene sin variación respecto a los exámenes anteriores.

La presión arterial es de 14/9 al Vaquez (H.D.).

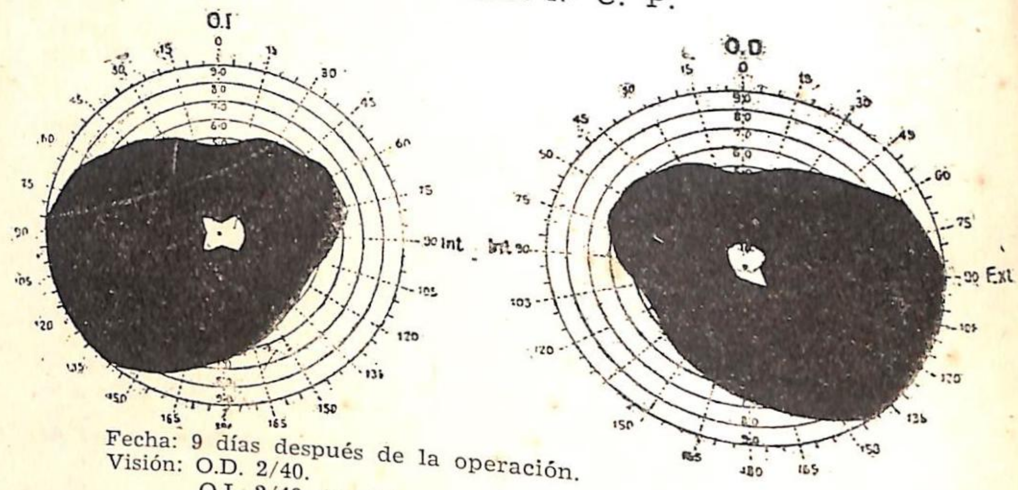
Acusa disminución de la hemeralopia. **Dice ver francamente mejor que antes de la operación.**

La visión es de: O.D. 2/40.
O.I. 2/40 parcial.

El campo visual ha mejorado en ambos ojos.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: M. M. N.—Observación Nº C. P.



Fecha: 9 días después de la operación.
Visión: O.D. 2/40.
O.I. 2/40 parcial.

Doce días después de la operación en el fondo de O.D.I. se encuentra una papila francamente rosada. Las arterias se ven de buen aspecto, las venas persisten iguales a los exámenes anteriores. El fondo en general es de mejor aspecto.

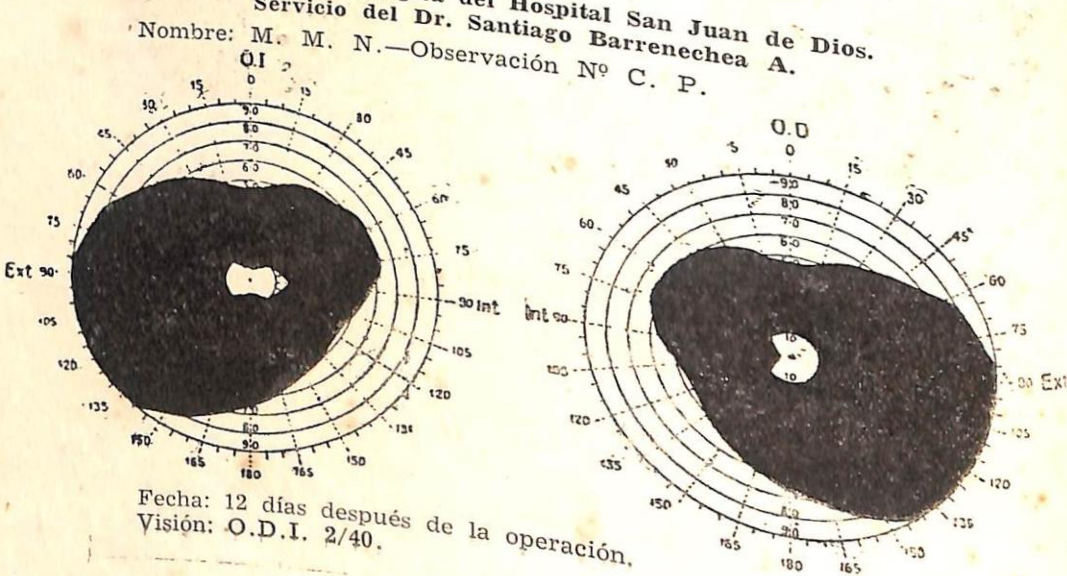
La presión arterial es 14/9 al Vaquez (H.D.).

La visión es de O.D. 2/40.
O.I. 2/40 parcial.

El campo visual ha mejorado.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: M. M. N.—Observación Nº C. P.



Fecha: 12 días después de la operación.
Visión: O.D.I. 2/40.

Veinticuatro días después de la operación dice ver francamente mejor que antes de la operación. Distingue muchos objetos que antes no veía, puede andar y ejecutar sus labores habituales con mayor facilidad. La hemeralopia ha disminuído, pudiéndose orientar con mucho más facilidad al pasar de la luz a la obscuridad.

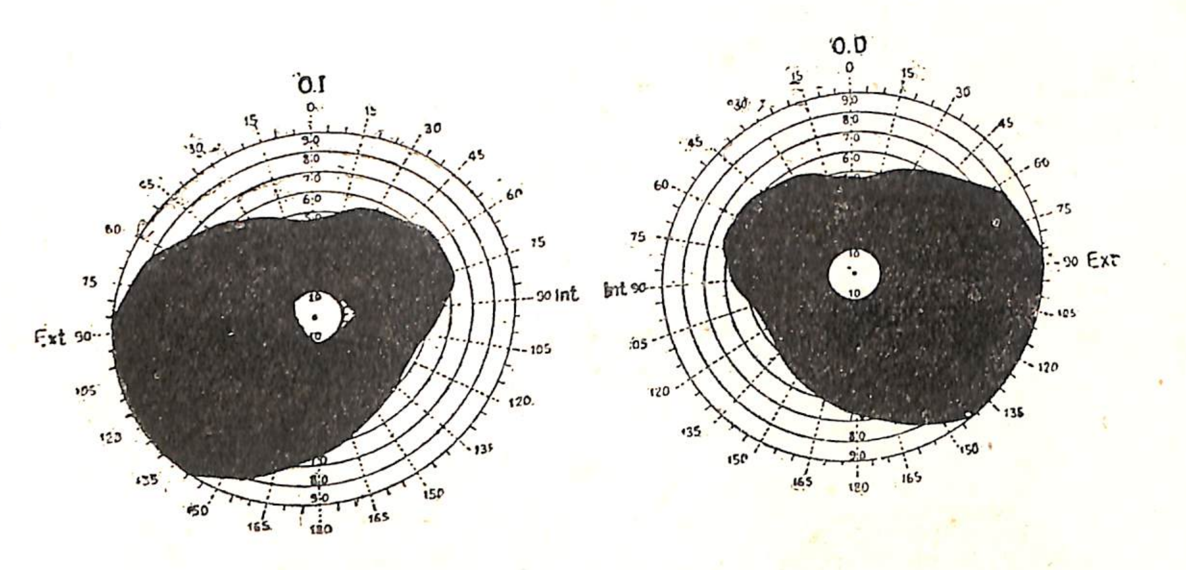
En el fondo de O.D.I. se encuentra una papila rosada franca, las arterias son estrechas, pero muy bien visibles en todo su trayecto. Las venas son normales.

La visión es de 2/40 para ambos ojos.

El campo visual ha mejorado.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios.
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: M. M. N.—Observación Nº C. P.



Cuarenta y cuatro días después de la intervención, dice ver considerablemente mejor que antes de la operación, tanto para lejos como para cerca.

La presión arterial es de 12/7 al Vaquez (H.D.)

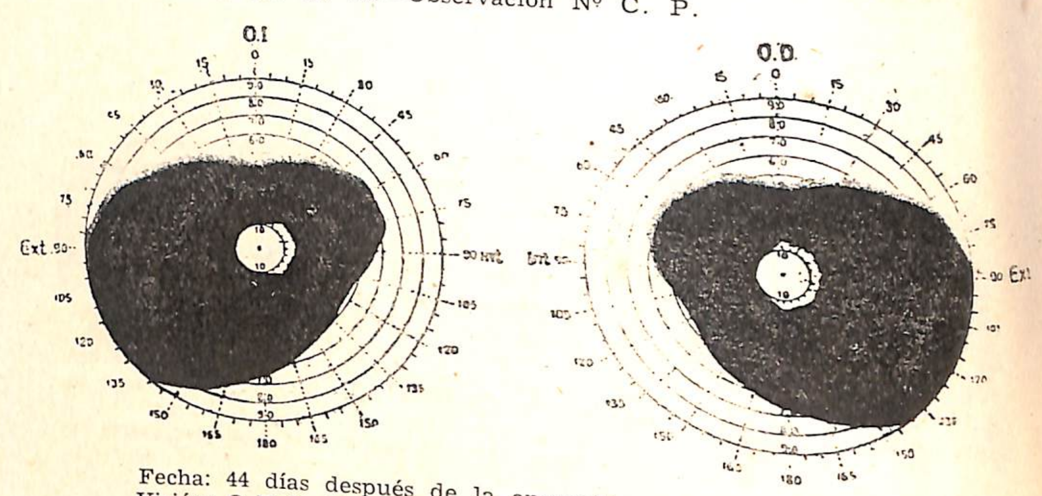
En el fondo de O.D. se encuentra una papila rosada franca, de bordes borrosos, las arterias son algo estrechas, pero bien visibles. Las venas algo estrechas.

La visión es: O.D.I. 2/40.

El campo visual ha mejorado aún más con respecto al último examen.

Clínica Oftalmológica del Hospital San Juan de Dios
Servicio del Dr. Santiago Barrenechea A.

Nombre: M. M. N.—Observación Nº C. P.



Fecha: 44 días después de la operación.
Visión: O.D.I. 2/40.

En suma: en esta enferma se ha obtenido mejoría de la visión central que de 0.50/50 en O.D. ha subido a 2/40 y de 0.50/50 parcial en O.I. ha subido a 2/40.

El campo visual ha aumentado en forma notoria. La hemeralopia ha disminuído.

La mejoría subjetiva es franca.

Caso 9.—L. C. R.

Se trata de una enferma del sexo femenino de 60 años de edad. Entre sus antecedentes hereditarios es de notar que sus padres eran primos en 2º grado.

Sus molestias visuales se inician en la infancia, con disminución progresiva de la visión, que le permitió leer y desempeñar sus labores habituales.

Desde esa fecha sus molestias han ido siempre en aumento, pese a los numerosos tratamientos a base de yodo, mercurio, etc., a que ha sido sometida.

Actualmente no puede valerse por sí misma, necesitando ser guiada para andar. Tiene sólo percepción luminosa, pero su visión experimenta espontáneamente mejorías transitorias, llegando así en ocasiones a distinguir algunos objetos.

Al examen físico se constata un soplo sistólico aórtico a la auscultación cardíaca y aumento del área cardíaca a la percusión.

La presión arterial es de 20/9 al Vaquez en la humeral derecha y en las tibiales es de 32/12 (0=16) al Pachón Gallavardin.

En suma, según la opinión del internista, existe una arterioesclerosis generalizada con hipertensión arterial e hipertrofia cardíaca.

La uremia es de 0.30 grs. por mil. En el examen de orina se encuentran indicios de albúmina, escaso indicán, urobilina escasa, escasos glóbulos rojos y escasos glóbulos de pus.

La reacción de KAHN es negativa.

En el examen oftalmológico se encuentra:

Visión: O.D.I. percepción luminosa y. en ocasiones, de bultos.

En el fondo de O.D.I. se encuentra una papila blanco amarillenta, de bordes borrosos, rodeada de un ribete pigmentario en toda su mitad superior. Las arterias son muy estrechas, apenas visibles; las venas también son estrechas. El resto del fondo, desde la vecindad de la pupila, aparece de aspecto sucio, color de hoja seca y sembrado de grandes depósitos de pigmentos. Hacia la periferie los acúmulos se hacen un poco más pequeños; pero son igualmente abundantes. La presión de la arteria central de la retina es de 115 mínima, la máxima no es mensurable.

La tensión ocular al SCHIOTZ es de 20 mm. de Hg. para O.D. y de 21.5 para O.I. Es imposible hacer campo visual.

Dada la gravedad de las lesiones y la antigüedad de ellas, contraindicamos la intervención, pero la practicamos por pedido expreso de la enferma sin asegurar ninguna mejoría y sin creer que pudiera obtenerse ninguna mejoría, más dado el caso que era el último recurso de que la enferma podía disponer, nos dicidimos a intervenir.

Se practica la extirpación del corpúsculo carotídeo izquierdo el 23 de Noviembre y 7 días más tarde se interviene en el lado derecho, procurando en ambos lados extirpar sólo el corpúsculo, dejando en lo posible el tejido celular intercarotídeo.

El mismo día de la operación se constata ligera miosis, pero no existe enoftalmía ni ptosis palpebral y sólo hay una ligera inyección conjuntival del ojo izquierdo.

La presión arterial es de 18/8 al Vaquez (H.D.).

Al día siguiente de la primera intervención en el fondo de O.D.I. se constata una papila menos pálida que se destaca suavemente del fondo. Las arterias y venas no han sufrido cambio apreciable.

En el examen de orina se encuentra 0.10 grs. de albúmina y 4,20 grs. de glucosa. La presión arterial es de 17/7 al Vaquez (H. D.).

Dos días después de la primera intervención en el fondo de O.D.I. se encuentra una papila suavemente rosada, más aún si se compara con la del lado derecho. El fondo es uniformemente mejor vascularizado, las arterias se aprecian con mucho más precisión en tal forma que permiten el examen con mayores detalles.

La presión arterial es de 19/9 al Vaquez (H.D.).

Tres días después de la primera intervención en el fondo de O.I. se constata que la papila conserva su aspecto menos pálido, los vasos se mantiene sin variación.

La presión arterial es de 19/8.5 al Vaquez (H. D.).

En la orina ha desaparecido la glucosa.

No hay ningún cambio en la visión.

Cuatro días después en el fondo de O.I. se encuentra una papila suavemente rosada especialmente en un cuadrante inferior ,entre dos vasos que se distinguen más nitidamente.

La presión arterial es de 20.8 al Vaquez.

Al quinto día después de la operación en el fondo de O.I. se encuentra una papila suavemente rosada, esepcialmente en un cuadrante inferior. Las arterias son perfectamente visibles.

La presión arterial es de 21/9 al Vaquez (H.D.)

El 30 de Noviembre se practica la segunda intervención, en el lado derecho, constatándose al pupilómetro, media hora después de la

intervención una ligera miosis. En la tarde se encuentra inyección conjuntival derecha, pero no existe enoftalmía, ptosis palpebral ni congestión facial.

La presión arterial es de 16/7.5 al Vaquez (H. d.).

En el examen de orina no se encuentra glucosa, la que tampoco se encontró en los días posteriores.

Al día siguiente en el fondo de O.D.I. se encuentra una papila de mejor aspecto y arterias más visibles en O.I. que en O.D.

La presión arterial es de 18/8 al Vaquez (H.D.).

Dos días después de la segunda intervención dice ver mejor.

En el fondo de O.D.I. se encuentra que las mitades temporales de ambas papilas son suavemente rosadas siendo el resto menos coloreado. Las arterias son visibles en ambos lados.

La presión arterial es de 18/8 al Vaquez (H.D.).

Tres días después de la 2.a intervención se acentúa la mejoría visual. Distingue a su alrededor objetos que antes no distinguía.

En el fondo de O.D.I. se constata que las papilas conservan su aspecto, pero la papila de O.I. es menos descolorida que la de O.D. Las arterias son más facilmente visibles en ambos ojos.

La presión arterial es de 20/9.5 al Vaquez (H.D.).

Cuatro días después de la última intervención el fondo de O.D.I. da a conocer que las mitades temporales de ambas papilas son suavemente rosadas, el resto es menos rosado. Las arterias son visibles en ambos ojos, en tal forma que se ha facilitado la toma del BAILLART.

La visión es de: O.I. percepción luminosa.
O.D. movimientos manos a 10 cm.

La presión arterial es de 21/10 al Vaquez.

Siete días después de la segunda intervención se mantienen estas condiciones.

Trece días después de la segunda intervención dice ver mejor, ve objetos que antes de la operación no veía y cada día puede evidenciar nuevos progresos.

La visión es de: O.I. percepción luminosa.
O.D. movimientos manos a 20 cm.

En el fondo de O.D.I. se encuentra una papila difusamente rosada suave en O.I. Las arterias siempre son estrechas, pero bien visibles, las venas no presentan ninguna particularidad especial. En O.D. la papila es menos rosada.

Las arterias son estrechas, las venas no presentan nada de particular.

Veinte y dos días después de la segunda intervención en el fondo de O.D.I. se encuentra que las papilas son muy suavemente rosadas, pero de mejor aspecto de O.D. Las arterias y venas son estrechas, pero perfectamente visibles en todo sus trayecto.

La visión es de: O.I. percepción luminosa.
O.D. movimientos manos a 30 cm.

En suma en esta enferma se ha logrado un resultado mediocre, pues en O.I. no ha experimentado mejoría alguna, y en O.D. ha mejorado de percepción luminosa a movimientos manos a 30 cm.

No debemos olvidar la gravedad y la antigüedad de la enfermedad en este caso. Sin embargo, la mejoría subjetiva es franca, la enferma dice ver mejor.

Caso 10.—M. C. T.

Se trata de un hombre de 80 años de edad, cuyos antecedentes personales y hereditarios carecen de importancia.

Su enfermedad se inicia hace tres años, notando disminución de la visión tanto para lejos como para cerca. Es sometido a diversos tratamientos sin resultados.

Posteriormente consulta a uno de nosotros, quien le aconseja vasodilatadores (padutina, nitrito de amilo, etc), terapéutica que pone en práctica sin resultados.

Ultimamente nota que su visión disminuye aún más, en tal forma que en la actualidad sólo tiene percepción luminosa y visión de bultos.

Nos vuelve a consultar en estas condiciones. Dada la edad nosotros contraindicamos la intervención, pero era el último recurso de que podía usar lo que nos decide a intervenir, abrigando remotas posibilidades de éxito.

El examen general es normal, se encuentra una hipertensión arterial de 19/11 al Vaquez (H. D.).

El electrocardiograma nos da a conocer la existencia de un bloque intraventricular mal definido, con alteración del miocardio y probablemente una esclerosis coronaria.

Al examen oftalmológico se encuentra en el fondo de O.D.I. una papila blanca rodeada de un halo de atrofia coroidea, las arterias son muy estrechas, las venas son de calibre normal. Mácula sana.

La presión de la arteria central de la retina es de 50/115 mm. de agua al BAILLART.

La tensión ocular al SCHIOTZ es de 20 mm. de Hg. en O.D. y de 19 en O.I.

La visión es de percepción luminosa en O.D.I.

Se interviene el 30 de Noviembre de 1936, extirpando el corpúsculo carotídeo derecho.

Diez minutos después de la operación la presión arterial es de 19/9 al Vaquez.

Las pupilas medidas al pupilómetro son de 5.5 mm. y antes de la operación eran de 4 mm.

Nueve horas después la presión arterial es de 14.5/7 al Vaquez.

No se aprecia ningún signo de un síndrome de CLAUDE BERNARD-HORNER y por el contrario persiste la midriasis, encontrada inmediatamente después de la operación. En el fondo de O.D.I. no se aprecia ningún cambio.

Se produce un trastorno de orden mental, caracterizado por inestabilidad del carácter, tendencia a la irritabilidad, risa inmotivada, incoherencias y visión de cosas raras.

Al día siguiente la presión arterial es de 18/7 al Vaquez.

No existe ningún signo de un síndrome de CLAUDE BERNARD-HORNER. Las pupilas miden 5.5 mm.

El trastorno de orden mental se mantiene sin alteración.

Dos días después en el fondo de O.D. se encuentra una papila francamente rosada, hiperémica, las arterias son de mejor aspecto. La papila de O.I. es pálida.

La presión arterial, es de 13/5 al Vaquez (H.D.).

Tres días después de la operación el fondo de ojo se mantiene igual al del día anterior.

Persiste el trastorno mental, por lo que se deja luminaletas.

La presión arterial es de 16/6 al Vaquez (H.D.).

Cinco días después en el fondo de O.D. se encuentra una papila rosada, hiperémica, las arterias se ven mejor.

La presión arterial es de 16/6 al Vaquez (H.D.).

Persiste el trastorno mental, que desaparece al octavo día después de la operación.

En el fondo la papila de O.D. se mantiene francamente rosada siendo las arterias de mucho mejor aspecto.

El 9 de Noviembre se interviene, extirpando el corpúsculo carotídeo izquierdo.

Inmediatamente después de la operación la presión arterial es de 20/7 al Vaquez (H.D.). Las pupilas medidas al pupilómetro revelan una pequeña midriasis de O.I. y una miosis de O.D.

No existe enoftalmía, ptosis palpebral ni inyección conjuntival.

En el fondo de O.D.I. se constata una papila rosada en O. D. y una papila descolorida en O.I. con arterias estrechas y venas dilatadas.

Al día siguiente de la segunda operación se constata en el fondo de O.I. una papila pálida pero de mejor coloración que en los exámenes anteriores sobre todo en el centro, los bordes se mantienen siempre pálidos.

La presión arterial es de 17/7 al Vaquez. (H.D.).

Dos días después de la segunda operación dice ver más claro.

El fondo de O.D.I. se mantiene sin variaciones.

La presión arterial es de 13/6 al Vaquez (H.D.) Tres días después de la segunda intervención en el fondo de O.I. se encuentra una papila suavemente rosada en su mitad temporal, la mitad nasal es pálida (imagen invertida) Arterias y venas de muy buen aspecto.

La visión es:

O.D. movimientos manos a 20 cm.

O.I. movimientos manos a 5 cm.

La presión arterial es de 14/7 al Vaquez (H.D.).

Cinco días después de la segunda intervención en el fondo de O.I se encuentra una papila suavemente rosada, las arterias son bien visibles.

La presión arterial es de 18/7 al Vaquez (H.D.).

Ocho días después de la segunda intervención estas condiciones se mantienen.

Trece días después de la segunda intervención en el fondo de O.D.I. se encuentra una papila francamente rosada en O.I., las arterias y venas son de buen aspecto .En O.D. la papila y los vasos son de aspecto normal.

La visión es de:

O.D. movimientos manos a 50 cm.

O.I. movimientos manos a 10 cm.

Debemos hacer notar que en este enfermo no se produjo glucosuria después de las intervenciones.

Eu suma: en este enfermo la visión central ha mejorado de percepción luminosa en O.D.I. a movimientos manos a 50 cms. en O.D y a movimientos manos a 10 cms. en O.I.

La mejoría, como en el caso 9, existiendo, no es brillante, pero recordemos que este enfermo tiene ochenta años.

Es curioso señalar que la mejoría subjetiva no esté de acuerdo con la enorme mejoría experimentada en el fondo del ojo.

Efectos de la extirpación del corpúsculo carotídeo.

1) Sobre la presión arterial general.

LAUWERS que operó 17 enfermos con extirpación del corpúsculo carotídeo como tratamiento de la epilepsia esencial, afirma categóricamente que la operación no hace variar el valor de la presión arterial y los enfermos por él operados tienen un control post-operatorio entre 1 y 2 años.

Y esto ocurre porque la zona cardioaórtica toma para sí el papel que compartía con la zona senocarotídea. En la mayor parte de los enfermos este cambio de funciones se efectúa fácilmente, la presión arterial y el ritmo cardíaco no se modifican sino temporalmente y en forma poco notable.

MAGITOT da una proporción de un caso entre 10 en que se produce una hipertensión post-operatoria y esto lo explica por una hipersensibilidad particular o bien porque el reemplazo de funciones no se efectúa de una manera suficiente. Y así tuvo un caso en que la presión se elevó de 70/130 a 140/210 después de la segunda intervención, con crisis paroxísticas provocadas por cualquier esfuerzo, tos, estornudo, etc. La presión bajó al cabo de 15 días, pero aún estando sujeta a aumentos bruscos. A los 25 días descendió a 70/110, cifras en las que se mantiene hasta 6 meses después de la operación.

En nuestros enfermos sólo en un caso se produjo una hipertensión notable después de la operación que fué practicada en un solo tiempo (caso 5). Ya nos hemos referido extensamente a él en la observación. Sólo agregaremos aquí que la presión se estabilizó en sus límites normales 2 meses después de la operación.

En un caso no hubo ninguna alteración de la presión arterial (caso 3), en esta enferma la operación se realizó en 2 tiempos con 9 días de intervalo entre la primera y la segunda intervención.

En 6 casos hubo variaciones que oscilaron entre 1 y 6 puntos para la máxima y ½ a 3 para la mínima, estas ligeras hipertensiones desaparecieron entre los 3 y 15 días. Es de anotar que entre estos seis enfermos, dos de ellos tienen lesiones aórticas, el uno una aortitis específica (caso 4) y el otro una insuficiencia aórtica (caso 7). Ambos tiene crisis hipertensivas periódicas, que no creemos que se puedan achacar a la operación sino a sus lesiones vasculares.

En dos casos de hipertensos (casos 9 y 10) la presión

arterial descendió, en uno (caso 9) esta relativa hipotensión duró 2 días después de cada intervención pues se practicaron con 7 días de intervalo. En el otro la presión hasta la fecha se mantiene por debajo de los límites preoperatorios.

MAGITOT concluye de su experiencia, que la operación bilateral se habrá de contraindicar en sujetos con presión alta.

Creemos que la intervención bilateral en un solo tiempo se debe contraindicar en los hipertensos, pero si la intervención se realiza en 2 tiempos, no hay ningún peligro en su realización.

En suma: **en la mayoría de los casos la extirpación del corpúsculo carotídeo uni o bilateral no produce un aumento notable de la presión arterial.**

2.—Efectos Oculares:

a) En algunos casos aparece después de la intervención un síndrome de CLAUDE BERDARD-HORNER esbozado ya que los signos que lo constituyen o son ligeros o faltan algunos.

Ya hemos citado a LERICHE que se había dado cuenta de la producción de este síndrome, pero atenuado. MAGITOT también lo describe y dice que lo ha encontrado siempre en 15 operaciones, 11 veces el mismo día y 4 veces al día siguiente, para desaparecer al cabo de una semana.

Nosotros hemos observado el síndrome de CLAUDE BERNARD-HORNER en 3 ocasiones pero siempre muy atenuado; sólo un examen cuidadoso permite descubrir los síntomas componentes del cuadro y siempre falta uno o dos de ellos.

En un caso se produjo midriasis intensa bilateral después de la intervención (caso 6). De los 10 enfermos que hacen ei motivo de este trabajo, en 7 de ellos hemos encontrado vasodilatación facial intensa después de la operación.

b) La circulación retiniana es influenciada produciéndose una vasodilatación que a veces es notable y así LERICHE en 1920 en uno de sus casos estudiados por BUSSY, al día siguiente de la intervención anotaba una vasodilatación de los vasos retinianos del mismo lado operado, vasodilatación que había desaparecido 4 meses después.

MAGITOT también ha constatado igual cosa, una vascularización más intensa, la papila rosada y esto sobre todo en un caso de sus enfermos operados, que coincidía con una elevación importante de la presión general y una mejoría

funcional notable. En el resto de los operados de MAGITOT, aunque las modificaciones vasculares fueron más discretas, fueron sí suficientemente visibles.

Nosotros hemos constatado la vaso dilatación que se produce en los vasos retinales después de la intervención, sea ásta uni o bilateral, que a veces desaparece en un tiempo variable, pero siempre queda la papila de aspecto rosado.

Se trata tal vez en un principio de vasodilatación arteriolar y capilar, la primera desaparecería con el tiempo, quedando sólo la segunda y esta será la determinante de la mejoría funcional duradera.

c) Electo sobre la presión de la arteria central de la retina:

El efecto sobre la presión de la arteria central de la retina es distinto según MAGITOT, si se trata de una extirpación uni o bilateral.

Si es unilateral primero hay una hipotensión que es notoria, bilateral y transitoria. Secundariamente se produce una hipertensión que es bilateral y transitoria. El efecto terciario es una caída de la presión retinal, hipotensión bilateral y menor que la hipotensión primaria.

El efecto secundario, la hipertensión, alcanza su máximo ya a las 48 horas después de la intervención o bien tiene una incubación de 2 a 3 días y dura 1, 2 ó 5 días.

El efecto terciario es seguido, generalmente 8 días después de la operación, por un período más o menos largo de inestabilidad tensional, la presión sufre alzas y bajas por encima y por debajo de la presión preoperatoria, estabilizándose finalmente al cabo de algunos días en su nivel primitivo.

En líneas generales nosotros hemos observado iguales efectos, que no exponemos con detalles, para no alargar más la exposición, pero que publicaremos en otra oportunidad.

Cuando la operación es bilateral, MAGITOT describe 2 períodos: un efecto primario, que como después de la intervención unilateral es una hipotensión, que es inmediata, bilateral, pero menos marcada que cuando la operación es unilateral. A esta primera fase sigue otra de hipertensión, que se produce al cabo de 24 horas, bilateral y que pese a las oscilaciones que presenta permanece por encima de la cifra preoperatoria; es además de larga duración.

MAGITOT ha encontrado que las presiones arteriales retinales después de la doble simpatectomía, de paralelas

que eran antes de la intervención tienen tendencia a disociarse.

Nosotros hemos encontrado que el efecto primario: la hipotensión, se produce a las 24 a 36 horas, es bilateral. Esta fase dura de 24 a 36 horas, para luego venir la hipertensión, que es duradera y mayor que la cifra preoperatoria. Junto con venir la fase hipertensiva, el enfermo acusa generalmente mejoría visual.

MAGITOT hace notar el paralelismo que parece unir la función visual y la presión arterial retiniana, correspondiendo a una hipertensión retinal una mejoría funcional.

d) Tensión ocular:

Según MAGITOT no es modificada, siendo sus variaciones mínimas y temporales, sea la operación uni o bilateral, pero agrega que sin embargo se puede notar una caída ligera.

Nosotros hemos constatado igual cosa en algunos casos, pero en otros el resultado ha sido distinto y hemos encontrado por el contrario un alza de la tensión. No nos parece que las variaciones que se producen sean de importancia.

Y para terminar, dos palabras sobre el porqué de la mejoría visual que se obtiene con la extirpación del corpúsculo carotídeo, que intencionadamente no hemos entrado a discutir en detalle anteriormente.

Creemos en la actualidad que lo esencial es la modificación circulatoria especialmente capilar y principalmente en las porciones periféricas de la retina.

Las mejorías visuales, tanto del campo visual como de la visión central de algunos de nuestros operados, desproporcionados a los cambios visibles al oftalmoscopio a nivel de la papila, nos sugiere la hipótesis enunciada más arriba.

Será la investigación y la experiencia, las que nos resolverán los puntos obscuros que hoy en día no nos explicamos satisfactoriamente.

BIBLIOGRAFIA

ABADIE. CH. — Sympathectomie pericarotidienne. — Presse Médicale. Nº 62, página 606.—1920.

ANAYA J. — Tratamiento quirúrgico de prueba en la epilepsia esencial. — Revista medicina Moderna. N.º 3, página 111, Octubre de 1936.

ASCHOFF L. — Tratado de Anatomía Patológica. — Editorial Labor, página 1033.—1934.

BARRENECHEA, DE AMESTI y CONTARDO. — La extirpación del corpúsculo carotídeo en las atrofias papilares (especialmente coriorretinitis pigmentaria). — Trabajo presentado a la Sociedad Chilena de Oftalmología en la sesión del 18 de Noviembre de 1936.

CAEIRO, MALBRAN y BALZA. — Resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de la retinitis pigmentaria por la extirpación del ganglio estelar. — Apartado de "Anales del Instituto Modelo de Clínica Médica". Buenos Aires. 1934.

CORDIER P. et COULOMA Y. — Contribution a l'étude du sinus carotidien et du nerf carotidien. — Comptes Lendus de la Societé de Biologie de París. T. CIX, página 675.—1932.

DANIELOPOLU, D. — Les trois lois fondamentales qui régissent le fonctionnement du systeme nerveux végétatif a l'état normal et pathologique. — Presse Médicale. Nº 103, página 1645.—1928.

DANIELOPOLU, D. — Sur la pathogénie de l'epilepsie et sur son traitement chirurgical. — Presse Médicale. Nº 9. página 170.—1933.

DANIELOPOLU, D. et ASLAN, A. — Les trois zones réflexogénes et la régulation du tonus cardio-vasculaire dans la station vertile. — Presse Médicale. Nº 47, página 593. —1933.

DANIELOPOLU, ASLAN, MARCOU et PROCA. — Les zones réflexogénes carotidiennes. — Presse Médicale. Nº 87, página 1321.—1927.

GUIBAL et RAMI. — A propos du traitement de l'epilepsie par la résection du corpuscule intercarotidien. — Presse Médicale. Nº 39, página 805.—1933.

HERING, H. E. — Le sinus carotidien au niveau de l'origine de la carotide interne point de départ d'un reflexe inhibiteur cardiaque et d'un reflexe dépresseur vasculaire. —Presse Médicale. Nº 58, página 136.—1924.

HERING, H. E. — De l'importance du tonus des nerfs régulateurs de la tension artérielle pour la circulation. — Archives Maladies du Coeur. Nº 10, página 696.—1927.

HEYMANS, BOUCKAERT et REGNIERS. — Le sinus carotidien et la zone homologue cardioartique. — G. Doin, Editeur. París, 1933.

HOVELACQUE, MAES, BINET et GAYET. — Le nerf carotidien; etude anatomique et physiologique. — Presse Médicale. Nº 27, página 449.—1930.

ILLANES ARMANDO. — Las funciones senocarotídeas. Contribución. Memoria de prueba. Santiago de Chile— 1934.

LAIGNEL-LAVASTINE, GIRODE et LARGEAU.— La sympathectomie péricarotidienne dans l'epilepsie. — Revue Neurologique, página 1085.—1929.

LERICHE, R. — Des effets de la sympathectomie péricarotidienne interne chez l'homme. — Presse Médicale, Nº 31, página 301.—1920.

LECENE, P.—LERICHE, R.—Thérapeutique chirurgicale. Tome II, página 170.—1926.

LUCIEN M., PARICOT J., RICARD G. — Traité D'Endocrinologie (Glandes surrénales-organes chromoffines), página 105.—1929.

LAUWERS, M. E. — L'extirpation du corpuscule carotidien dans l'épilepsie. — Journal de Chirurgie. Tome II, página 897.—Noviembre de 1934.

MAGITOT, A. — Influence favorable d'une double sympathectomie carotidienne dans un cas de chorio-rétinite atrophique. — Archives D'Ophtalmologie. Tome 53, Nº 3, página 226.—1936.

MAGITOT, A. — La sympathectomie péricarotidienne comme therapeutique de certains lésions degéneratives de la rétine et du nerf optique. — Annales D'Oculistique. Tome 1re. livraison. 47e. Congres, página 615.—1934.

MAGITOT, A. — Atrophies optiques et sympathectomie carotidienne. — Annales D'Oculistique. Tome CLXXI, 1re. livraison, página 866.—1934.

MAGITOT, A. et DESVIGNES. — Les offets oculaires de la decortication carotidienne (sympathectomie artérielle) chez l'homme. — Annales D'Oculistique. Tome CLXXI, página 598.—1934.

MILCOU St-M. Peuton classer le ganglion carotidien parmi les paraganglions? Comptes Rendus de la societé de Biologie de París. Tome 105, página 55—1930.

MICHAIL et VANCEA. — L'influence des zones vasosensibles réflexogénes du sinus carotidien sur la circulation oculaire. — Comptes Rendus de la Societé de Biologie de Paris, Tome CXVIII, página 469—1935.

PENDE Endocrinologia, patologia e clinica degli organi a secrezione interna. — Volumen 1-IV Edizione, página 386.—1936.

PUSCARU E., HORTOLOMEI N., et LAZARESCO D. — Parangliome intercarotidien. — Lyon Chirurgical. Tome XXVIII, página 298—1931.

ROYLE N. D. — Resultats cliniques de la ramisection sympathique. — Journal de Chirurgie. Tome XXXVII, página 561, 1931. — The British Medical Journal, Nº 3641, página 628—1930.

CUARTO TEMA OFICIAL:

Clasificación de las enfermedades mentales y posibilidad de uniformarla en América.
Relación del Prof. Julio Endara.
Relación del Prof. Oscar Fontecilla.

Biotipología y Psiquatría.—PROF. K. O. HENECEL.

Las causas de las enfermedades mentales en el Antiguo Perú.—DR. JUAN B. LASTRES.

El diagnóstico de la causa de defunción en las enfermedades mentales.—DR. JUAN FRANCISCO VALEGA.

Afecciones neuro-psiquátricas de urgencia.—DR. EDUARDO BRÜCHER.

Prof. Dr. Julio Endara

Catedrático de Neurología y Psiquiatría de la Universidad Central de Quito (Ecuador)

Clasificación de las enfermedades mentales y posibilidad de uniformarla en Sud América

De entre los problemas que frecuentemente tiene que tocar el Psiquiatra ya por las exigencias de la clínica, ya por las de la docencia o ya por las aplicaciones jurídicas y sociales a que da lugar, ninguno tan espinoso como el relativo a la clasificación de las enfermedades mentales.

Las razones son múltiples. En primer lugar, se trata de una de las especialidades más jóvenes en la medicina; valdría decir, la más joven, ya que aborda el estudio de la totalidad de la personalidad humana, y para que tal objetivo llegue a ser accesible, tiene que armarse con todas las adquisiciones de la biología y de la medicina. En segundo lugar, la Psiquiatría, que ha debido seguir el camino normal de las adquisiciones científicas, desde la observación empírica hasta la precisión etiológica y anátomo-clínica, ha visto complicada su tarea por la consideración de hechos tan reales como sutiles e impalpables: los que constituyen la vida y la expresión psíquicas.

Además, las disciplinas auxiliares como la histopatología, la psicología experimental, el psico-diagnóstico, han ido haciendo muy paso a paso sus adquisiciones, a fuerza de ímprobos esfuerzos.

Por último, la Psiquiatría ha tenido que vencer—y aún sigue la lucha afanosa—una variedad de prejuicios que la necesidad de comprensión e interpretación, propia del espíritu humano, ha elaborado paralelamente a las concepciones sociales, éticas, religiosas y hasta políticas de un determinado momento histórico.

Gracias a los grandes progresos realizados en todos los aspectos de la investigación y de la concepción científicas, la sistematización de los mismos y los descubrimientos realizados han sido abundantísimos. Y tanto, que desde hace mucho los psiquiatras han creído que sus conocimientos les eran bastantes para establecer sobre bases sólidas los fundamentos necesarios para la clasificación de las enfermedades mentales.

Sin embargo, presenciamos en la última época un hecho al parecer insólito: pese a la multiplicidad de intentos de clasificación, cada vez que los psiquiatras se han agrupado en congresos de la especialidad y han sentido la necesidad de adoptar un criterio uniforme a este respecto, la disparidad ha sido grande. Los autores de las clasificaciones, por lo general investigadores o maestros de notorio relieve, han llegado, cuando más, a presentar como respaldo de sus concepciones el criterio uniformizado de sus connacionales. Y cuando se ha tratado de encontrar un sistema ecléctico, que armonice tendencias y utilice lo mejor de cada una de las escuelas, el esperado acuerdo se ha vuelto más distante. Y se ha llegado a una sola conclusión: que en el estado actual de los conocimientos no es posible, ni acaso deseable, la adopción de una determinada clasificación, y que, por lo pronto, "debemos aspirar solamente a eso: a que los diversos países tengan un mismo nombre y en lo posible un mismo criterio provisorio general para los procesos clínicos que observan y estudian, a efecto de que las adquisiciones que se vayan haciendo sobre evolución, anatomía patológica, alteraciones nutritivas, terapéutica, etc., sean útiles a todos. En una palabra, decía el malogrado Santín Rossi, debemos pugnar en el Congreso de Buenos Aires porque el criterio que se siga para la clasificación de las enfermedades mentales sea mas bien un método de trabajo que una doctrina, y confiar al porvenir las bases científicas de la clasificación indiscutible en psiquiatría, y que no podrán ser otras que la fisiología, la anatomia y la psicología normales, una vez hechas. Es una aspiración talvez demasiado modesta, pero es la única honrada y eficaz en el estado actual de nuestra ciencia". (1).

Y con ligeras modificaciones, tal fué el voto que, presentado por una distinguidísima comisión, fué aprobado por la Conferencia Latino Americana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal realizada en Buenos Aires en 1928.

Tal voto, a primera vista, presenta un matiz desconsolador. Y sin embargo, henos aquí volviendo a iniciar la discusión. Han transcurrido desde entonces casi 10 años, y a pesar de que las nuevas adquisiciones realizadas en este

campo no han podido ser más fructíferas, es muy posible que la conclusión a que se llegue en estas Jornadas sea la misma.

Ideas directrices para una clasificación.

Todo intento de clasificación supone que el material de que se dispone es amplia y perfectamente conocido. Clasificar, por lo mismo, es agrupar entidades perfectamente definidas, que sólo por excepción pudieran pasar a otro sector. En una palabra, clasificar es distribuír un material que en sus elementos constitutivos está definitivamente conocido.

¿Es ésta la situación actual de la Psiquiatría? De ninguna manera. Por mucho que se haya adelantado en el conocimiento de las distintas afecciones de su pertenencia, quedan en discusión indefinida sus problemas acaso más centrales, como sucede con la esquizofrenia. Mientras de un lado la escuela de Bleuler acepta los últimos puntos de vista de Kraepelin sobre el asunto, la escuela Francesa, con Claude a la cabeza, se debate por destacar las diferencias entre la esquizoidia, la demencia precoz y la esquizofrenia. Y no falta en este concierto de voces quien aliente la esperanza de que la esquizofrenia, como entidad mórbida definida, esté destinada a desaparecer.

No vamos a poner otros ejemplos similares. Pero semejantes actitudes denuncian bien a las claras que el acuerdo se encuentra aún muy lejano y que, cuando se habla de clasificación de las enfermedades mentales, se ha de pensar en que se trata sólo de una hipótesis de trabajo, ciertamente asentada sobre base científica, ya que sus fundamentos son las adquisiciones logradas por la investigación, pero que no alcanza todavía a fijar el límite cierto entre las distintas entidades mórbidas agrupadas bajo la misma denominación.

Sin embargo hay conocimientos que representan una adquisición definitiva: son los que se refieren al dominio de la biología general.

Hay un primer hecho perfectamente establecido: las causas que determinan la aparición de las enfermedades mentales son de dos clases, endógenas y exógenas. Las primeras desquician la organización constitucional misma, y por ello están en condiciones de exteriorizarse con facilidad, y las últimas, por la intensidad con que actúan, son capaces de provocar un verdadero cataclismo aún en personalidades normales. La psicosis pues, en todos los casos, o por lo menos en la mayor parte de ellos, es una organización deter-

minada, por ambas clases de causas, en distinta proporción según la afección de que se trata.

Un maestro de la envergadura de Cr. Jakob, siguiendo las ideas de Moebius, ha sintetizado en forma bastante expresiva, las tres posibilidades. (2) Hélas aquí:

La fórmula del caso endógeno sería: Ps=Ind (+dg).

Enfermedad psíquica: individuo más o menos degenerado.

En el segundo caso, el exógeno, tenemos, en cambio: Ps=Ind (+pr).

Enfermedad: individuo, más o menos proceso reactivo (según las manifestaciones de exageración o de defecto de la reacción psíquica).

Y si tenemos en cuenta el caso de la combinación de disposiciones endógenas con causas provocantes exógenas (la realidad más frecuente), la fórmula de la alienación mental sería Ps=Ind (+dg) +pr.

Psicopatía: individuo más o menos degenerado, más o menos proceso reactivo provocado.

Como en esta fórmula se establecen las subdivisiones de los dos grupos.

Las psicosis endógenas se dividen en germinógenas, somatógenas y psicógenas, entendiéndose que esta clasificación no es distributiva, sino disyuntiva evolutiva, es decir, que la antecedente comprende los grupos posteriores. El límite está indicado, sobre todo, por la época ontogénica, en la cual se hacen manifiestas las insuficiencias correlativas endógenas entre los determinantes germinativos. Y es ello que, en general, existe un paralelismo entre la época de aparición y el grado de intensidad de la psicosis.

Las psicosis exógenas se subdividen en: primero, formas mecánicas; segundo, formas tóxicas, y tercero, formas toxi-infecciosas.

El estudio de las dos grandes formas de psicosis, endógenas y exógenas, se fundamenta en el conocimiento de dos grandes procesos biológicos: primero, **herencia orgánica** (psico-herencia), singularmente útil para la interpretación de las formas endógenas; y segundo, **adaptación orgánica,** indispensable para la comprensión de las formas exógenas. Ambos grupos se los estudia combinados por las leyes biológicas de la variación y de la correlación (psico-dinámica).

Es claro, como dice Jakob, que "no existe ningún tema biológico donde se conozcan más detalles de hechos y menos vistas de conjunto convergentes, que en el problema de la herencia orgánica"; pero, así todo, son esos hechos lo suficientemente significativos para conducirnos al con-

cepto de la degeneración y han logrado aclarar, aunque sea sólo en parte, el mecanismo de los procesos que dan lugar a ella en los distintos momentos de la organización del sér.

Y aunque cada día nos encontremos más lejos de dar con las fórmulas matemáticas que nos permitan estudiar los distintos tipos de degeneración, fórmulas tan necesarias sobre todo cuando del pronóstico de las afecciones mentales se trata, siquiera vamos adquiriendo cada vez mayores elementos de juicio, positivos o negativos, para aclarar las complejas organizaciones biológicas. (*)

Hace poco, W. Boven, en su Rapport presentado al Congreso de Médicos Alienistas y Neurólogos de Francia y países de lengua francesa, que se reunió en Julio del presente año, después de hacer una revisión escrupulosa de las investigaciones genealógicas y estadísticas efectuadas principalmente en Alemania y Francia, a propósito de la herencia en las afecciones esquizofrénicas, concluía diciendo: los estudios genéticos no han desbrozado la selva de la esquizoidia, y a renglón seguido criticaba las exageraciones tremendas de la ley eugénica alemana, que va a la aplicación de disposiciones severísimas basada en una supuesta certidumbre sobre las reglas de la herencia biológica. (3)

Por su parte, uno de los psiquiatras más sutiles de la América Latina, Honorio Delgado, decía hace poco: "De-

---

(*). Siquiera de paso debemos recordar que en la actualidad el concepto de degeneración no tiene las características de fatalismo con que los sistematizara Magnan. Un Psiquiatra tan advertido como Vallejo Nájera, después de reconocer la seriedad de las investigaciones de Rudín y otros autores que han utilizado los métodos genéticos y estadísticos, afirma: hoy sabemos a ciencia cierta que los caracteres hereditarios no se reciben exclusivamente de los padres, sino que en la masa hereditaria individual intervienen todos los ascendientes, todas las generaciones anteriores, y que tal masa hereditaria individual es un producto de la conjugación cromosómica. Además, indica la ley galtoniana de regresión filial, y ella demuestra sin dar lugar a dudas, que la herencia en ningún caso tiende a acentuar las diferencias que separan a los individuos del tipo específico normal, sino que los acerca al promedio de la población borrando las peculiares individuales". (4). Es decir, y sintéticamente expresado, que a la herencia debe reconocérsele un papel de menor significación del que se le ha concedido hasta aquí en las enfermedades psíquicas—en especial en el aspecto del pronóstico—,tanto más que su tipo parece ser predominantemente recesivo. Si a esto se agrega que en la actualidad, aún tratándose de afecciones de indiscutible carácter endógeno, como la esquizofrenia, se discute con entusiasmo porque se dá mayor importancia al factor infeccioso o al factor psicógeno, podrá apreciarse el desmedro que sufre la intervención hereditaria.

jando de lado por el momento las neurosis y la mayor parte de los caracteres anormales, acerca de cuya herencia los datos son todavía muy confusos, señalaremos en este párrafo lo que se sabe: 1, de la oligofrenia; 2, de la epilepsia; 3, de la psicosis maníaco depresiva; 4, de la esquizofrenia, así como de los caracteres normales afines. Esto no quiere decir que las otras enfermedades y anomalías mentales carezcan de condicionamiento hereditario. Las mismas psicosis sintomáticas como la parálisis general, el delirio febril, las psicosis tóxicas, etc., implican predisposición hereditaria. Así también, es un hecho evidente que por lo común no son bebedores antes de la mayor edad los no predispuestos específicamente, y que sólo en los predispuestos se presentan las psicosis alcohólicas, inclusos sin ser bebedores habituales. La misma demencia senil o arterioesclerosa, y los desórdenes mentales del climaterio no aparecen sino en personas constitucionalmente predispuestas. En general, toda enfermedad o de desorden psíquico u orgánico depende — en grado mayor o menor — de la herencia, tanto en lo que respecta a su simple aparición cuanto en lo que atañe a la particular forma clínica de sus síntomas y su evolución, espontánea o condicionada por el tratamiento". (5)

Todos estos datos, escogidos entre los mil comentarios que se han publicado acerca del problema, nos facilitan dos conclusiones, que, a su vez, tienen que ser fundamentos de valor para toda clasificación de las enfermedades mentales: 1, que en toda afección mental o en toda constitución psicopática, el factor hereditario juega siempre, según los casos, una mayor o menor influencia; y 2, que a pesar de los adelantos obtenidos por la ciencia, los mecanismos de la herencia y las fórmulas que deberían corresponder a cada enfermedad, están aún muy lejos de ser definitivamente conocidas. (5)

Dados estos antecedentes, es natural que todo intento de clasificación de constituciones y enfermedades mentales no puede ser sino provisional; y la tarea del clínico, en cada caso al que enfoque su estudio, debe ser fundamentalmente la discriminación o la apreciación de la intensidad con que han podido actuar los factores endógenos y exógenos.

Y es el momento de recordar otras palabras de Jakob, que, a pesar del tiempo transcurrido desde que fueron escritas, contienen la actualidad palpitante de este problema: "Las diferentes enfermedades mentales resultan así, en la regla, productos de una combinación de ambos factores; las endógenas preparan el terreno; las accidentales, provocan

en acceso; pudiéndose llegar así al concepto de que la enfermedad psíquica representa la reacción de esta disposición endógena que han provocado causas exógenas; la predisposición ha cargado el fusil y el factor exógeno ha hecho jugar el gatillo". Tal opinión debemos sostenerla con calor, en vista de los resultados tan significativos como abundantes con que la patología constitucional contribuye a dilucidar estos complicados problemas.

Ahora debemos tocar otro aspecto de excepcional importancia: el de las correlaciones orgánicas en neuropsiquiatría. Cuando se pasa la vista por los cuadros de clasificación de las enfermedades mentales, llama la atención que el grupo de las psicosis orgánicas, con ser bastante amplio, ocupe todavía un espacio tan reducido. Sin embrago, las investigaciones realizadas, sobre todo por Kleist, abundan en la exposición de casos clínicos en que no sólo el complejo sintomático, sino el síntoma mismo se encuentran referidos a una lesión bien definida en el sistema nervioso, y referida a los más recientes conocimientos sobre la citoarquitectura del cerebro y particularmente de la corteza cerebral. Así, se enumeran los complejos corticales y los complejos pedunculares. A los primeros se refieren las demencias y el síndrome amnésico, el de la destrucción de conceptos y el de la verbalización, el de la alucinosis y el complejo sistemático fantástico. Y entre los complejos pedunculares se citan las perturbaciones de la conciencia (delirio, estado crepuscular, sopor, somnolencia e insomnio), las de la conciencia del yo (distimias, estados hipocondriacos, cuadros expansivos y paranoicos y la despersonalización), los síntomas típicos de la afectividad (estados maniacos, melancólicos y la agitación angustiosa) y los síndromes de la psicomotilidad y del pensamiento (estados akinéticos e hiperkinéticos, estupor e incoherencia).

Lafora, que ha resumido hábilmente las investigaciones realizadas en este campo, da la siguiente impresión de conjunto: "La visión general de las funciones psíquicas en conexión con las actividades de las distintas regiones cerebrales, es lo más original de su concepción. Para Kleist, la atención y la conciencia son funciones del cerebro medio y posterior, el sueño y la vigilia son funciones de la substancia gris diencefálica (talámica), la manera de ser (lo que él llama "Wesen") es el conjunto de funciones psíquicas del cerebro intermedio y anterior (funciones del yo inferior, incluso el temperamento, la psicomotilidad inferior, las funciones inferiores de percepción, orientación, fijación, comprensión y pensar). Sobre éstas "almas infracorticales" se erige "el alma cortical" mediante la in-

tervención de un trabajo de colaboración del tronco cerebral con el cerebro orbital y cíngulo, esto es, con el lóbulo frontal en el estricto sentido; dicha "alma cortical" forma la "personalidad", partiendo del carácter y las dotes o capacidades. La conciencia, la vigilia (sueño) y la manera de ser son las actividades o funciones derivadas de las partes infracorticales. Los procesos anímicos proceden de la corteza cerebral. A diferencia de éstos, que pueden separarse en distintas facultades espirituales tenemos una más confusa agrupación de éstos en las funciones infracorticales, como la vigilia, la conciencia y la manera de ser". (7)

Puede ser que las conclusiones de la escuela de Kleist, pese a la escrupulosidad con que ha sido examinado el enorme material neurológico-psiquiátrico no sean generalmente aceptadas; pero es lo cierto que constituyen una interpretación muy valiosa, aunque no del todo original por su objetivo, de los complejos psicopáticos. En todo caso, éstamos obligados a seguir el curso de estos estudios, tan interesantes como significativos.

Frente a esta tendencia de localización neurológica de los síntomas psíquicos, se levanta otra escuela, así mismo original y prolífica en resultados: la psicoanalítica. Ella, que tampoco en ningún momento ha desconocido la doctrina constitucional, que al fin y al cabo es, sobre todo, organicista, ha dado la mayor importancia, en la génesis de las perturbaciones mentales, a la teoría del trauma-psíquico. Debo recordar aquí a mi admirado colega y amigo el Profesor Honorio Delgado, que es uno de sus más conspícuos cultores (8). La orientación y los fundamentos clínicos de esta sugestiva tendencia psiquiátrica, se encuentran expuestos ampliamente en la obra publicada bajo la dirección de Schwarz con el título de "Psicogénesis y Psicoterapia de los síntomas corporales". (9). Paúl Schilder, autor de uno de sus capítulos, se expresa así a este respecto: "en el dominio de la psiquiatría es aún más difícil que en el de la neurología exponer de un modo exhaustivo la importancia de las vivencias psíquicas. Es imposible dudar de que la sintomatología psiquiátrica depende de la personalidad psíquica global, incluso en enfermedades como la parálisis progresiva. En la ezquizofrenia se suelen diferenciar las reacciones psíquicas de los brotes procesales de la enfermedad (Bleuler y Jaspers); y se recurre a mecanismos psíquicos para explicar las reacciones pasajeras. Tampoco nadie ignora que las depresiones psicógenas y las melancolias auténticas no pueden siempre diferenciarse exactamente. No obstante, en general, la psiquiatría moderna sostiene el orígen orgánico de la psicosis. Cierto es que, a mi juicio,

la psiquiatría moderna no ha profundizado suficientemente el problema del valor eficiente, pues con los conceptos expuestos sobre el mismo, se comprende sin dificultad, que incluso en las enfermedades orgánicas es indiscutible que lo psíquico puédase vivir actuando sobre las vivencias psíquicas ulteriores. Cierto que esta acción de lo psíquico se halla determinada por variaciones del valor eficiente condicionadas corporalmente. Resumiéndolo de un modo más concreto: existen casos en que es imposible sustraerse a la impresión de que no sólo reacciones esquizofrénicas, sino también brotes esquizofrénicos se hallan determinados por momentos psíquicos. Es más: incluso me atrevería a afirmar lo mismo de ciertos ataques maníacos de los paralíticos, a pesar de la dificultad de poder aducir pruebas convincentes".

Todo lo que hemos expuesto hasta aquí, vista de síntesis acerca del fondo del problema, nos explica con claridad el hecho de que la major parte de las clasificaciones mentales en boga difícilmente, o sólo de una manera parcial, puedan satisfacer las exigencias propias de cada tendencia.

La mayor parte de ellas, aún las que han tomado —como las de los Profesores Jakob y Borda de Buenos Aires— como fundamento principal los grupos endógeno y exógeno, no acaban de satisfacer todas las exigencias.

Ello se debe, en gran parte, a la dificultad de distinguir los procesos, como entidades nosológicas definidas, de los momentos psicopáticos, que tan pronto pueden corresponder a uno o a otros grupos de las clasificaciones.

La mayor parte de éstas conservan una tendencia sindrómica neta. Por ejemplo, la clasificación de la sociedad Brasileña de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal, presenta un elenco de entidades nosológicas que no deja ver la relación que puede existir entre los diversos grupos. Por su estructura merece compararse a la italiana de Tamburini, Bianchi, Morselli y de Sanctis, a la chilena seguida en la Casa de Orates de Santiago, etc.

Otras, como las de Jakob, ya citada al principio, la de Santín-Rossi y la de Dide y Giraud, tomando en cuenta los dos grandes grupos, endógeno y exógeno, establecen a subdivisión según la gravedad y el momento de aparición de las enfermedades, exaltando la primera el mecanismo biológico, y las restantes destacando el relieve de los grupos constitucionales. Quedan en grupo aparte, en la de Rossi, los sindromes a dilimitar y en la de Dide se establece con las demencias un grupo especial. Igual consideración podemos decir de la de Fontecilla. (1). En esta encontramos un detalle más lógico; pero nos llama la atención que ciertas

afecciones, en la mayor parte de los casos de tipo claramente congénito, como la ezquizofrenia y la epilepsia, consten en el grupo de afecciones y estados adquiridos.

La clasificación oficial de las psicopatías adoptada y recomendada por la Asociación Americana de Psiquiatría, lo mismo que la de Kraepelín (10), tratan de dar la principal importancia al factor etiológico, dejando, eso sí, como entidades autónomas a ciertos grupos como la esquizofrenia y la paranoia. Estas clasificaciones cuya importancia es indiscutible desde el punto de vista estadístico así como de las necesidades médico-legales, no alcanzan, sin embargo, a responder por completo a las necesidades científicas establecidas por las adquisiciones recientes. En ambas, por ejemplo, sigue constando el grupo constituído por la epilepsia genuina que, como todos sabemos, ha dejado de ser una entidad nosológica para convertirse en un sindrome que en cada caso debe referirse a una diversa etiopatogénia. (11).

Hecho el balance de la diversidad de orientaciones que han presidido en las clasificaciones citadas que, en nuestro concepto son las de mayor importancia, creemos que aún no es posible aspirar a una clasificación uniforme de las enfermedades mentales. Y después de una serena meditación, concluímos creyendo que sólo el criterio etiológico, tanto por el aspecto científico como por las necesidades estadísticas, debe ser el que guíe la necesidad de clasificación. Por esto nos unimos al parecer de Mira (12), para quien la clasificación más aceptable en la hora actual es la adoptada por el Consejo de la Sociedad Americana de Psiquiatría en la reunión de 27 de diciembre de 1933.

A manera de comentario reproducimos a continuación el criterio de Mira sobre este cuadro: "Aquí vemos, ¡por fin!, un propósito uniforme de clasificación, semejante al de Kraepelín, es decir, inspirarse en la etiología, y cuando ésta sea desconocida directamente, acudir a la diferenciación nosológica a base de elementos (patogénicos o sintomáticos) que sean lo más objetivos y constantes posible. Así quedan bien eliminados los grupos I, II, III, IV, VI, VII, VIII, X y XI. Y solamente puede discutirse la creación del grupo V (Psicosis debidas a trastornos convulsivos), no tanto por su realidad clínica como por su título poco apropiado. Así como sin duda habría sido conveniente la subdivisión del complejo grupo IX, en el que se incluyen todas las psicosis endógenas de los germanos, mezclando bajo el calificativo, un tanto raro, de "psiconeurosis mixtas" las "reacciones" (psicopáticas) y los "procesos" (psicopáticos) que con tanto esfuerzo intenta diferenciar la psiquiatría alemana. Pero dejando aparte estos pequeños defectos, fácilmente subsana-

bles, esta clasificación ofrece la ventaja de incluir, por primera vez en cada grupo contenidos patológicos que ofrecen semejanzas de fondo y no de forma, es decir, que ofrecen una relación **esencial** y no **aparente**, lo que tiene la virtud, además, de orientar inmediatamente respecto al tratamiento a seguir en cada grupo".

El problema de la clasificación en la América Latina

De todo lo que antecede es fácil deducir que el problema de la clasificación de las enfermedades mentales queda aún libre para discusión. Los cuadros presentados hasta hoy no satisfacen de una manera completa las exigencias científicas ni han podido utilizar con absoluta precisión las adquisiciones realizadas en los últimos años por la psiquiatría. Quedan aún muchos fenómenos relacionados con la etiopatogénia de las psicosis sometidos a interpretaciones que proceden de orientaciones opuestas. Y por fin, hay hechos abundantísimos acerca de los cuales nuestra ignorancia es casi completa.

Por consiguiente, todo intento de clasificación de las afecciones mentales, aún los que satisfacen gran parte de nuestras exigencias, debe ser considerada principalmente como una **hipótesis de trabajo**, pero así y todo, utilísima para la investigación de los problemas sociales relacionados con ellas. Esta situación, demasiado clara para ser objeto de muchas discusiones, nos conduce a sostener que el problema de la clasificación de las enfermedades mentales no puede ser considerado dentro de los límites de la América Latina, con relieves particulares y distintos de Europa o Estados Unidos. El problema es uno, y la ciencia, que no tiene fronteras, no ha hecho hasta aquí ninguna adquisición que por su excepcional importancia pueda pertenecer exclusivamente a nuestra América.

Es cierto que los intentos realizados en Brasil, Argentina, Uruguay y Chile son de indiscutible valor y han prestado un gran servicio en el sentido de sistematizar la interpretación estadística; aún más, algunas de ellas se han puesto a tono, en el momento en que fueron elaboradas, con los adelantos de las disciplinas neurosiquiátricas. Pero, en nuestro concepto, ninguna de ellas en el momento actual, podría generalizarse en nuestra América. Es por eso que después de un estudio comparativo, lo más detenido que nos ha sido dable realizar, nos inclinamos más bien por la clasificación aprobada por la Sociedad Americana de Psiquiatría. Aparte de su mérito intrínseco, ella tiene la ventaja de

un respaldo estadístico de consideración; además, su estructura es tal, que permitirá las ligeras modificaciones que tengan que hacerse conforme vaya realizándose el progreso de las investigaciones psiquiátricas.

Conclusión

Creemos que en el estado actual de la ciencia psiquiátrica y de su cultivo en los países de la América Latina es prematuro aspirar a una clasificación uniforme de las enfermedades mentales. Por eso hacemos nuestra la conclución, que no ha perdido su actualidad, a que llegaran los comisionados por la Primera Conferencia Latino-Americana de Neurología. Psiquiatría y Medicina Legal, al dictaminar sobre este asunto: "no es tampoco, a nuestro juicio, de urgente necesidad que todos los países de la América Latina adopten una clasificación uniforme. Es ya un paso muy adelantado que el acuerdo subsista en cada país, como aparece demostrarlo el estudio hecho en tal sentido".

BIBLIOGRAFIA

(1). Rossi S. C.—"Clasificación de las Enfermedades Mentales.—Actas de la Primera Conferencia Latino-Americana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal.—T. I. Buenos Aires, 1929. Pág. 147.

(2). Jacob. Chr.—"Problemas actuales de la Psiquiatria General y sus relaciones con las Ciencias Sociales y Jurídicas.—Rev. de Crim. Psiq. y Med. Leg.—Año IV N.º 19. Pág. 3-45.

(3). Boven W.—"L'Hérédité des Afections Schizophréniques".—París, 1936.

(4). Vallejo Nágera A.—"La Asexualización de los Psicópatas".—Madrid, 1934.

(5). Delgado Honorio.—"Herencia de los Desórdenes Mentales".—Lima, 1935.

(6). Nieto De.—"Sobre la Herencia en Psiquiatría".—Arch. de Neurobiolog. T. 12 N.º 2.

(7). Lafora Gonzalo R.—"La Orientación Neurológica en la Psiquiatría".—Arch. de Neurobiolog. T. 14 N.º 2.

(8). Delgado Honorio.—"Introducción al Estudio de la Psicopatología".—Lima, 1935.

(9). Schwarz, O.—"Psicogénesis y Psicoterapia de los Síntomas Corporales".—Barcelona, 1932.

(10). Asociación Americana de Psiquiatría.—"Nomenclatu-

ra para Hospitales dedicados a enfermedades Mentales".—Bol. de la Of. Sanit. Panamer.—Año XV, Nº 8. Pág. 752-779.

(11). Congres. Neurologique International.—"Les Epilepsies".—Rev. Neurologique. T. 64 Nº 4. Pág. 461-504.

(12). Mira, E.—"Manual de Psiquiatría".—Barcelona, 1935.

Prof. O. Fontecilla

Catedrático de Psiquiatría en al
Universidad de Chile

Clasificación de las Enfermedades Mentales y posibilidad de uniformarla en Sud América

En la Primera Conferencia Latino-Americana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, celebrada en Buenos Aires en Noviembre de 1928, a la cual tuvimos el honor de asistir en representación de la Universidad de Chile, el intento de unificación de las clasificaciones psiquiátricas fracasó.

Sobre el tema en cuestión se presentaron a aquella memorable reunión tres informes: uno del distinguido Profesor Roxo, de la Escuela Médica de Río de Janeiro; otro de nuestro malogrado amigo el Profesor Rossi, de Montevideo y otro mío.

La Conferencia nombró una comisión, compuesta por los Profesores Borda, Roxo, Payssé y por mí para que informara sobre el asunto y, entre otras cosas, el informe dice lo siguiente:

'Cúmplenos hacer saber al Sr. Presidente que, a pesar de todos nuestros buenos deseos y de completas meditaciones sobre el punto, en la comisión informante no ha podido producirse un acuerdo completo sobre la materia.

"El Sr. Presidente no ignora que el asunto en debate es una ardua cuestión de la Psiquiatría actual, en la que cada autor formula tal debate con distinta directriz: para los unos es el carácter patogénico de una lesión; para otros, debe resolverse de antemano el problema etiológico; para los demás, debe primar el criterio sobre evolución: el eclectisismo es difícil.

"Por otra parte, el momento actual de la Psiquiatria no es, tal vez, el más adecuado para una resolución en tal sen-

tido. La contínua renovación de los conceptos en la materia y el resurgimiento creciente de un gran número de sindromas psicopáticos dificulta, de singular manera, una precisa ordenación. La sedimentación se hará paulatinamente cuando se avalúen con más precisión todos esos conceptos.

"Para terminar, Sr. Presidente, la Comisión se permite aconsejar que en los países donde no hay una clasificación, se adopten las propuestas en esta Conferencia".

Han pasado ocho años y no se ha avanzado una línea en el sentido de la unificación.

Aparte de las dificultades propias de tal proceso, debemos señalar una, que es decisiva: quiero referirme a la falta de interés con que se ha mirado la cuestión. Que yo sepa, después de la Conferencia de Buenos Aires, nadie se ha vuelto a preocupar del asunto.

Entretanto, a mí me parece cada día más evidente la conveniencia de tentar y alcanzar esta unificación. El hecho de que casi todos los grandes países han adoptado dentro de su territorio una clasificación oficial uniforme nos está indicando, por una parte, que tal unificación es posible (tales esfuerzos no se realizan por capricho) y, por otra, que debe ser necesaria.

No quiero con esto disimular los obstáculos que se oponen a esta tarea.

Como decía en mi informe a la Conferencia de Buenos Aires:

"Si en general la clasificación de las enfermedades es una tarea difícil, esto es particularmente cierto cuando se trata de psicopatías.

"Las causas que determinan esta dificultad tan especial son bastante conocidas para que necesitemos detallarlas. Por poco que penetremos el campo de la Psiquiatría, vemos claramente que la Patología mental es una ciencia todavía llena de lagunas e imperfecciones. La etiología de muchas enfermedades es aún dudosa o completamente desconocida; nos encontramos a menudo con cuadros nosológicos cuya legitimidad autonómica se discute y nuestra ignorancia aparece aún evidente cuando tocamos cuestiones de patogenia y anatomía patológica en relación con algunas entidades mórbidas de primera importancia clínica, como la esquizofrenia, por ejemplo".

Como dice Mira con sobrada razón, no se puede clasificar sino lo que se conoce.

"Entre tanto, y a pesar de lo que antecede, necesitamos clasificar. Puede decirse que no podemos movernos en el dominio de la Clínica mental sin el auxilio de una clasificación cualquiera, por imperfecta y provisoria que ésta sea.

El alienista no ha de limitarse, y en el hecho no se ha limitado jamás, a la simple descripción de los cuadros clínicos que observa. Siquiera para entendernos unos con otros es preciso usar alguna nomenclatura, referirnos a alguna clasificación.

"Es evidente que toda síntesis clasificatoria es por el momento prematura, llena de imperfecciones y aceptable apenas como instrumento práctico, de valor convencional y transitorio.

"Sentadas estas premisas, impuestas por la más elemental honestidad científica, (al considerar el segundo tema oficial propuesto en esta Conferencia), cabe preguntar: la clasificación uniforme que se busca, ¿a qué finalidad práctica va a servir? Porque después de lo dicho al comienzo de esta nota, nadie pretenderá que intentemos aquí la obra por ahora imposible de una clasificación más o menos definitiva de las enfermedades mentales, que deje a todos satisfechos y se apoye en el conocimiento que realmente hemos alcanzado hasta hoy en los dominios de la psicopatología.

"Hay una necesidad que pudiéramos llamar de orden externo y que los alienistas estamos obligados a satisfacer de una u otra manera en lo que se refiere a clasificación de nuestros enfermos. Me refiero a los datos que nos exige la estadística."

Otra necesidad imperiosa de clasificación nos impone la enseñanza. Es muy difícil dar una idea global de la Psiquiatría en cursos más o menos breves, como son de ordinario los de nuestras universidades, sin referirnos a una clasificación. Como, por otra parte, nos interesa hacer más intensas las relaciones interuniversitarias, la conveniencia de una clasificación uniforme de las enfermedades mentales salta a la vista.

Por todas estas razones me felicito de que las Primeras Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico se ocupen de este problema y hago votos porque no lo abandone hasta que lo resuelva.

"Ahora bien, si echamos una mirada sobre estadísticas psiquiátricas de diverso origen, podemos comprobar que las clasificaciones que les sirven de base revelan la anarquía más completa no sólo entre los diversos países sino aún entre las diversas clínicas y asilos de un mismo país.

"Creo excusado agregar que tales estadísticas, por las mismas razones ya dichas, son en realidad un aporte poco estimable para la sociología y demás disciplinas que requieren datos de esta naturaleza".

"Es, pues, evidente que el primer esfuerzo que en cuan-

to a clasificación debemos realizar los alienistas es el de uniformarlas con el fin definido de suministrar a la estadística y por ende a la sociología y demás ciencias, datos aprovechables.

“Llega, sin embargo, el caso de preguntarse si en el estado actual de nuestros conocimientos es posible tentar y realizar semejante trabajo de uniformación. Creo que se impone la respuesta positiva.

“Lo que en primer término interesa a la Sociología es **la determinación de las causas de los fenómenos sociales.** Considerando a la locura como uno de estos fenómenos, es natural que se espere de nosotros ante todo una estadística basada en una clasificación etiológica.

“Si consideramos, por otra parte, la etiología de la locura, fuerza es reconocer que, como cualquier otro fenómeno mórbido, nunca es el producto de una sola causa. Como todas las restantes manifestaciones de la patología, la alienación mental es siempre un fenómeno complejo, en cuyo proceso genético se entremezclan en proporción variable los más diversos factores.

“A primera vista, parecería razonable pensar que semejante complejidad etiológica hace imposible una clasificación de esta especie. Sin embargo, tales clasificaciones existen y tienden a difundir e imponerse para servir de base a la estadística. Al determinarse la ubicación de una enfermedad mental dada dentro del cuadro clasificatorio convenido, se procede en esos casos, no tomando en consdieración todas y cada una de las causas conocidas que en mayor o menor medida han intervenido en la producción del proceso clínico, sino que, sin desconocer la imperfección del procedimiento, **se toma como signo decisivo en el sentido de la clasificación el factor etiológico que se estima preponderante.”**

¿Qué clasificación adoptar? Hay muchas clasificaciones buenas y ninguna perfecta.

Tenemos, pues, **l'embarras du choix.**

En Sud América se han propuesto la clasificación brasilera del Profesor Roxo, la argentina de mi recordado y gran amigo Profesor Borda, oficialmente adoptadas en sus respectivos países. Yo mismo propuse una a la Conferencia de Buenos Aires que, a juzgar por los comentarios que provocó, no es del todo despreciable.

Yo me decidiría con igual entusiasmo por cualquiera de ellas porque cualquiera serviría para el objeto práctico que nos proponemos.

Sin embargo, por las razones que luego daré, no propondría ninguna de éstas y, en cambio, recomendaría la

clasificación americana adoptada por el Consejo de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Soy absolutamente del parecer del Profesor Mira de Barcelona, cuando, al analizar las diversos clasificaciones propuestas, dice lo siguiente refiriéndose a la clasificación americana:

"Pero dejando aparte esos pequeños defectos, fácilmente subsanables, esta clasificación ofrece la ventaja de incluir, por primera vez, en cada grupo contenidos patológicos que ofrecen semejanzas de fondo y no de forma, es decir, que ofrecen una relación **esencial** y no **aparente**, lo que tiene la virtud, además, de orientar inmediatamente respecto al tratamiento a seguir en cada caso.

"Por ello consideramos que en conjunto, ésta y la de Kraepelin son las dos clasificaciones más aconsejables en la actualidad".

Las razones expuestas por Mira nos hacen mucha fuerza, pero a favor de la clasificación americana se agrega la circunstancia de hallarse ya adoptada por un país de ciento cuarenta millones de habitantes en nuestra América, lo que, no hay ni qué decir, representa un paso inmenso hacia la unificación.

Escrito lo anterior, llega a mis manos la ponencia oficial sobre este tema, de mi distinguido amigo Profesor Julio Endara, cuya ausencia, enteramente ajena a su voluntad, lamentamos profundamente.

Con gran satisfacción veo que mi apreciación concuerda con la del Dr. Endara. En efecto, dice lo siguiente:

"Hecho el balance de la diversidad de orientaciones que han presidido en las clasificaciones citadas que, en nuestro concepto, son las de mayor importancia, creemos que aún no es posible aspirar a una clasificación uniforme de las enfermedades mentales. Y después de una serena meditación, concluímos creyendo que sólo el criterio etiológico, tanto por el aspecto científico como por las necesidades estadísticas, debe ser el que guíe la necesidad de clasificación. Por esto nos unimos al parecer de Mira, para quien la clasificación más aceptable en la hora actual es la adoptada por el Consejo de la Sociedad Americana de Psiquiatría en la reunión del 27 de Diciembre de 1933."

Y más adelante: "Es por eso que después de un estudio comparativo, lo más detenido que nos ha sido posible realizar, nos inclinamos más bien por la clasificación aprobada por la Sociedad Americana de Psiquiatría. Aparte de su mérito intrínseco, ella tiene la ventaja de un respaldo estadístico de consideración; además su estructura es tal que permitirá las ligeras modificaciones que tengan que hacer-

se conforme vaya realizándose el progreso de las modificaciones psiquiátricas."

Como se vé, Endara concuerda conmigo al decir que en la actualidad no es posible hallar una clasificación que satisfaga a todas las tendencias y a todas las escuelas. Esto lo reconocen todos y yo también lo dije en mi comunicación a la Conferencia de Buenos Aires. Concordamos también en nuestra apreciación de la clasificación americana. Pero discrepamos en nuestra conclusión. Confieso que me ha sorprendido la conclusión de Endara al hacer suya la declaración de Buenos Aires. Me atrevo a decir que la conclusión de la ponencia del distinguido psiquiatra ecuatoriano está un poco en contradicción con el texto mismo del trabajo. Si acorde con Mira, dice que "la clasificación más aceptable en la hora actual es la adoptada por el Consejo de la Sociedad Americana de Psiquiatría", ¿por qué entonces no proponerla y aceptarla en toda América?

No es una clasificación ideal. pero es lo suficientemente razonable, amplia y completa para servir los fines prácticos de la psiquiatría.

Por otra parte, ¿qué inconveniente hay para que cada instituto se dé o conserve su clasificación propia, si para los fines estadísticos usa la clasificación general y en sus publicaciones indica las sinonimias, de modo que sea siempre posible entenderse?

Propongo, pues, este temperamento y antes de juzgarlo en definitiva, pido que se nombre una comisión informante.

Si esta Comisión aceptara mis conclusiones, sería utilísimo que completara su informe estudiando y proponiendo los medios conducentes a obtener en toda la América la unificación que perseguimos.

Prof. K. O. Henckel

De la Universidad de
Concepción

Biotipología y Psiquiatría

Podría extrañar el hecho, que un morfólogo que se dedica, alejado de las actividades clínicas, únicamente a la investigación teórica, concurra a tan selecta reunión de representantes de dos importantes especialidades de la medicina práctica. En realidad es una opinión muy usual, que el investigador teórico mejor haría quedándose en su laboratorio, como en una incubadora para empollar sus ideas.

No pienso así. Al contrario, busco el contacto con el clínico, pues estoy profundamente convencido, que el médico que se dedica a la investigación en un ramo teórico, debe mantener relaciones estrechas con la clínica, con la medicina viva para conocer las necesidades de la medicina práctica y para prestar el debido apoyo científico a los ramos clínicos. Sólo así, en estrecha colaboración con sus colegas clínicos, el investigador teórico cumple con su verdadera función y su alto deber como médico.

Por eso, nunca quise enquistarme en el laboratorio, sino cuando la constitucionología adquirió mayor importancia en Psiquiatría, ramo al cual siempre tuve especial cariño, me dediqué al análisis somatológico de los biotipos constitucionales -- al estudio de sus relaciones con la psicosis como también con los tipos raciales de la Humanidad. Acerca de estos problemas he publicado una serie de trabajos que han contribuído a consolidar el principio constitucionológico en psiquiatría.

Uno de los conceptos básicos más importantes de la constitucionología es el de biotipo. ¿Qué es el biotipo?

La experiencia clínica cotidiana nos enseña que nunca dos individuos se asemejan entre sí, de modo que fueran completamente análogos, sino que cada individuo está do-

tado de cierto número de caracteres somáticos particulares, que lo distinguen de los demás. Sin embargo, dentro de los límites de la variabilidad normal, a un observador cuidadoso, le es perfectamnte posible, separar cierto número de individuos más o menos parecidos entre sí en determinados caracteres. Resultan así varios grupos de individuos símiles entre sí, es decir grupos de individuos caracterizados por una cantidad de rasgos morfológicos comunes a todo el grupo. Cada uno de estos grupos representa entonces un tipo que, de esta manera, consiste esencialmente en una combinación de caracteres morfológicos.

Ahora bien, podemos proceder en forma distinta según el punto de vista que tomamos al hacer tal selección. Si clasificamos según caracteres morfológicos raciales (p. ej. según el color de la piel, del iris y de los pelos o la pilosidad etc.), resultan grupos raciales, es decir que ofrecen distinto tipo racial. Si en cambio tomamos un punto de vista constitucionológico (al atenernos p. ej. a la cantidad y localización del tejido adiposo, a las dimensiones del torax o al desarrollo de la musculatura), entonces resultan grupos que se distinguen en ciertos caracteres contitucionológicos. Esto es precisamente lo que se llama biotipo: una combinación, un complejo de determinados caracteres constitucionológicos, propios de un grupo de individuos.

Ahora bien, según el punto de vista peculiar que se aplica al hacer la selección en grupos contitucionológicos, pueden establecerse tipos constitucionales muy variados. Así algunos autores clasifican según un criterio meramente dimensional; p. ej. BORCHARD distingue un biotipo leptosomo y otro eurisomo, BOUNAK un tipo estenoplástico y otro euriplástico, CASTALDI un estenotipo y un platitipo; FRASSETO habla de una estenosomía y de una eurisomía. Clasificaciones semejantes, exclusivamente dimensionales, indican: BARON, BEAN, BRANDT, CASTELLINO, GALANT, NICEFORO, MATHES, RAUTMANN, SEREBROWSKAJA, STOCKARD Y WEIDENREICH.

Otros autores han dado clasificaciones que se basan en la preponderancia de determinados aparatos o sistemas del organismo (BRYANT, CABANIS, CARUS, HALLE, RESTAN, SIGAUD, THOMAS DE TROISVEVRE). Sin entrar en detalles quisiera citar solamente el sistema de SIGAUD, según el cual se distinguen el biotipo respiratorio, el muscular, el digestivo y el cerebral.

En seguida he de mencionar una serie de clasificaciones, según un sólo carácter morfológico determinado. Así, para citar solamente algunas de ellas, BRUGSCH, según

las dimensiones del torax distingue tres tipos de torax: ancho, normal y angosto; MAKAROW habla de los tipos ultradolicotoracal, dolicotoracal, mesotoracal y braquitoracal. Según las dimensiones del tronco VALLOIS distingue los tipos macrocorme y microcorme. Tomando la topografía del tejido adiposo como criterio de clasificación, GÜNTHER habla de los tipos cervical, humeral, abdominal, coxal, membral, retroperitoneal y facial.

Además hay varias clasificaciones constitucionológicas que se basan en combinaciones de las proporciones del cuerpo entero con variaciones de distintos aparatos. Existen varios sistemas constitucionológicos más o menos complicados de FRASSETO, VIOLA, DE GIOVANNI. PENDE, BARBARA y otros.

Casi todos los autores están de acuerdo en que los biotipos constitucionales se observan con mucho menos precisión en el sexo femenino en comparación con el sexo masculino, ofrecen mucho menos realce. Por este motivo algunos autores como MATHES, MAKAROW, PENDE y GALANT, han establecido biotipos especiales femeninos.

Todos los biotipos anteriormente detallados se encuadran dentro de los límites de la variabilidad normal. No así los tipos asténicos y apopléctico propiamente tales que ya están dentro del límite de lo patológico. Netamente patológicos son los tipos que Kretschmer ha llamado displásticos y que resultan de trastornos del crecimiento normal, como son el gigantismo, el enanismo, el infantilismo, etc., o de trastornos endócrinos, por ejemplo, eunucoidismo, femeninismo, masculinismo, adiposidad endocrinógena, etc.

Como clasificación constitucionológica más apta para los fines de la Psiquiatría práctica, se considera hoy día la que ha sido indicada por KRETSCHMER, según la cual se distinguen, como se sabe, tres biotipos principales: el leptosomo, el atlético o muscular y el pícnico. Dicha clasificación constitucionológica aceptada generalmente en Psiquiatría ha dado resultados efectivos: en primer lugar la predominancia de los biotipos leptosomo y muscular, además de los tipos displásticos en la esquizofrenía, al revés, la mayor presentación del biotipo pícnico en la psicosis maníaco-depresiva con ausencia casi total de los displásticos. Además parece probable, que exista, según KRETSCHMER, cierta relación de la epilepsia genuina con el biotipo muscular, como también con los tipos displásticos. Según STERN, la tabes dorsal se encontraría con mayor frecuencia en individuos leptosomos, a la inversa la parálisis general progresiva en musculares y pícnicos.

Aquí surge la cuestión siguiente: ¿Para comprobar una relación fija entre los biotipos y ciertas enfermedades, es suficiente, determinar el biotipo sólo a simple vista y comparar sus frecuencias porcentuales respectivas en las diversas enfermedades? Para fines exactos seguramente no. En estos casos la determinación somatoscópica del biotipo debe, a su vez, completarse con la somatometría para llegar a conceptos métricos, independientes de la estadística de los biotipos. Sólo aquéllos permiten, a su vez, establecer una relación fija biométricamente comprobada y metodológicamente irrecusable entre el hábito morfológico y la enfermedad. Pues a veces es difícil constatar el biotipo de una manera inequívoca; se observan casos de tipo mixto (p. ej. leptosomo-muscular) y, como en cada diagnosis, así también en la del biotipo intervienen en parte circunstancias subjetivas. Al revés el procedimiento somato-biométrico tiene la gran ventaja de ser objetivo, condición imprescindible en todas las investigaciones científicas.

Sin embargo los biotipos siempre conservarán su gran valor médico, y en clínica debería constatarse, en todo caso, el tipo constitucionológico del paciente. Esta tarea no debe reservarse en ningún caso al anátomo-patólogo. Por los cambios postmortales, por falta de tono muscular, por la ausencia de la tensión normal de las partes blandas, por todos estos factores es indispensable hacer las observaciones constitucionológicas en el vivo. El biotipo es en primer lugar un concepto clínico, no anátomo-patológico.

Tengo que referirme, por último, a un punto de la biotipología, bastante discutido en el último tiempo: a la relación que existe entre los biotipos constitucionológicos y los tipos raciales. Cuando la biotipología comenzó a alcanzar mayor trascendencia, varios autores sostuvieron la tesis que los biotipos sean idénticos con los tipos raciales, que se encuentran en Europa. Así el biotipo leptosomo, correspondería al tipo racial llamado nórdico; el muscular, al tipo racial dinárico, y el pícnico, al tipo racial alpino. Esta tesis, después de haber sido discutida durante largo tiempo, está completamente abandonada hoy día. Para poder reprobarla fué preciso efectuar investigaciones comparativas en diversas partes de Europa. Así, por ejemplo, el que habla, estuvo en situación de hacer observaciones somatológicas paralelas en Europa Central y en Suecia, país, en que, como se sabe, el tipo racial nórdico predomina por excelencia. Estas investigaciones dieron por resultado que los biotipos leptosomo, muscular y pícnico se encuentran en Suecia entre los esquizofrénicos y los maníaco-depresivos más o menos en los mismos porcentajes como en Eu-

ropa Central. Hoy día consta el hecho, que los biotipos existen en todas las razas europeas y que de ningún modo son idénticos con tipos raciales.

Aún más, los biotipos constitucionales se encuentran, egún lo que sabemos hoy día, en todas las razas de la Humanidad. Ha sido posible comprobar, con seguridad, su existencia además de la raza blanca, en la raza negra, en la raza amarilla o mongólica y en la raza americana indígena. Sin embargo, no se sabe todavía, si los biotipos leptosomo, muscular y pícnico se encuentran con las mismas frecuencias relativas que han sido observadas en Europa o si hay diferencias al respecto; si abundan los biotipos puros y en qué porcentaje se observan los tipos mixtos, etc. Además, la relación que existe entre el biotipo constitucional y el tipo racial, en lo que se refiere a las razas extraeuropeas, no ha encontrado todavía la formulación exacta que nos permitiera considerar el problema como científicamente resuelto. En todo caso, los resultados obtenidos por investigaciones realizadas en Europa, no se pueden aplicar para Sud-América, sino con reservas. Hay que tomar en consideración, además de las diferencias raciales, las diferencias profundas del medio ambiente que reinan en este continente. Tomando en consideración estos diversos factores, es preciso renovar el estudio sistemático de los problemas constitucionológicos, tarea grande y grata que incumbe a la Ciencia sudamericana.

Dr. Juan B. Lastres

Profesor de la Facultad de Ciencias
Médicas de Lima, Perú

Las causas de las enfemredades nerviosas en el antiguo Perú

Los estudios de paleo-patología, permiten hoy día sondear provechosamente en las enfermedades del pasado y deducir útiles enseñanzas en cuanto a la colectividad indígena se refiere, tratándose del pueblo peruano. Esto nos permitirá avanzar en el estudio biológico de una raza que desempeñó notable influencia en los destinos de América y que al presente sólo representa una secuela de sus glorias pasadas.

El campo está relativamente trillado para nuestra búsqueda. Disponemos de variadas y auténticas fuentes históricas. A las muy vagas y sectarias descripciones de cronistas militares, se unen las muy auténticas de los misioneros, que logran captar el corazón mismo del indio y analizar sus variadas costumbres. Por último, estudios modernos permiten avanzar firmemente con las pruebas objetivas de las momias peruanas, de las alteraciones óseas y del estudio de rayos X. Estos últimos, con técnicas adecuadas, han permitido a investigadores americanos, con la prueba incontrovertible de la objetividad, toda una gama de enfermedades nerviosas que amagaron el incario.

La reconstrucción de la intimidad de la vida indígena es necesaria a nuestro objetivo. Seguirla paso a paso, desde la dulce armonía vegetativa en tiempo de paz, mezcla de su carácter melancólico y de su socialismo unilateral, hasta la accidentada vida de sus guerras expansivas, que

fueron muchas y muy diversas, porducto de su sed de predominio.

Es indudable, que entre las causas predisponentes de ataque al sistema nervioso, se pueden aducir las mismas razones **pari passu** que para la alienación mental, que tan exhaustivamente ha estudiado Valdizán. El estudio analítico de sus costumbres, de su misma vida íntima, bajo el fantasma de la superstición y de la angustia (1) el régimen comunista de los Incas, tiránico en cierto modo; las causas favorecedoras, ya tóxicas, ya infecciosas, que menudearon, como en todos los pueblos primitivos constituye su substracto, y con su crítica habremos cristalizado esta primera parte de nuestra búsqueda de enfermedades nerviosas: la etiología. A Valdizán le sorprende el número considerable de factores que intervienen para mantener el tono sentimental deprimido. La apacible vida del indio, se desliza entremezclada con las más variadas formas religiosas. Pueblo esencialmente politeísta, cuya armazón social gravita sobre la superstición, las creencias y las conjeturas; sus principales manifestaciones médicas, han debido forzosamente exteriorizarse en las prácticas primitivas (2).

El factor hereditario, principalmente en las enfermedades del sistema nervioso, domina completamente el terreno etiológico, como dice Ramond. Según Crouzon (3), habrían dos formas de herencia: la H. mórbida disimilar, y la mórbida similar, entrando dentro de este grupo las enfermedades familiares del sistema nervioso, tan frecuentes de observar en clínica.

Encarando el problema de la herencia, desde un punto de vista histórico-crítico, se pueden encontrar, factores hereditarios predisponentes, sobre todo desde el punto de vista de la consanguinidad.

Veamos algunas opiniones de cronistas:

Si revisamos cronológicamente la dinastía incaica y la vida íntima de los Monarcas indios, vemos que todas las relaciones coinciden en los matrimonios consanguíneos. Era ley y costumbre entre los Incas, casarse con sus hermanas. Así Mendiburu (4), dice: "No teniendo Huayna Capac descendencia en su hermana mayor Pillcu Huaco, casó con la segunda hermana Roba Ocllo y después con Mama Runtu su prima hermana." El Padre Cabello Balboa (5), tan puntual en sus apreciaciones históricas, nos dice lo siguiente: "Manco Capac abusó de su hermana Mama Ocllo que quedó en cinta y dió a luz un hijo llamado Sinchi Roca. Los cuatro hermanos hicieron creer a los indios que este niño era hijo del Sol. Ayar-Auca, sin embargo, no pudo ocultar

el horror que le inspiraba este incesto. "Más allá, el mismo Padre, refiriéndose a Huascar, el infortunado hijo de Huayna Capac, dice: "lo instigaron sus consejeros para que contrajera nupcias con su hermana, llamada Mama-Chuqui-Uspai". El reverendo Padre Fary Martín de Morúa (6), tan conocedor del keshua y de los ritos indígenas, dice: "Este gran Lloque se casó con una sobrina suya, llamada Chimpo Ocllo, por causa de haber entre ellos de casar con hermanas o sobrinas". El autor anónimo, que nos relata las noticias cronológicas del Cuzco (7), enumera los casamientos en la dinastía incaica en esta forma: "Manco Kapac, varón astuto y sagaz, casó con su hermana Mala Okllo a los 14 años de edad". Y haciendo caso omiso de los conceptos eugénicos ordenó lo siguiente: "...que no tuviesen más de una mujer y que se casasen de veinte años arriba **dentro de la parentela**, porque no se confundiesen los linajes". De los demás Incas dice: (de Sinchi Roka), "Dejó por sucesor y heredero a Lloqque Yupanqui, su hijo primogénito en su mujer y hermana Mama Carachimpo Cuca". De Lloqque Yupanqui: "En su hermana y mujer legítima Mama Cachuana, natural de Huarta-Uma, no dejó otro hijo varón más que el príncipe heredero Mayta Kapac y dos o tres hijos...". Lo mismo nos relata de Kapac Yupanqui y de Inca Roka, "en su legítima mujer y hermana"... En la relación anónima (8), vemos: "de aquí nació lo que autores graves han escrito, que no se respetaban parentescos de línea recta, de consanguinidad, ni de afinidad...". Verdad que esta coincidencia es muy grande y que es fuerza suponer que dijeron la verdad, disfrazada muchas veces con la punzante espina de la calumnia, propia de quienes pretendían justificar los atropellos. Así vemos este párrafo: "es gente muy desagradecida sobre toda cuanta hay en el mundo y muy inclinada a mentir, e inclinadísima a la lujuria, tanta que no perdona hermano a hermana, ni padre a hija, antes los padres las suelen desflorar; tampoco perdona el hijo a madre..." (9). El verídico Molina, quechuísta mediano y costumbrista eximio, nos dice respecto a esta costumbre:

"...que ellos sólo se podían casar con sus hermanas para la procreación de los hijos del Inga y de hermana de Inga, aquellos heredaban con más propincuos y de más esclarecido linaje; y de otros indios, algunos aunque fuesen señores, tenían sus hermanas por mujeres o llegaban a ellas, teníanlas por malas".

Vemos que la cita era bien explícita, que la legislación incaica consideraba por ley imperial, el matrimonio consanguíneo entre los Incas, pero no entre las demás gentes

del Imperio, considerando las mujeres que así lo practicaban, de mal vivir.

Garcilaso, gran autoridad en materia de civilización incaica, en sus Comentarios Reales, dice que los monarcas indios se desposaban con sus hermanas o primas hermanas. "...y el tercer casamiento fué con la prima hermana, pues que no tuvo Huayna Capac hermana tercera legítima de padre y madre, y por falta de ella le dieron por mujer la prima hermana, que después de sus hermanas era la más propincua al árbol real".

Betanzos, (10); Cieza de León (11); Pachacuti Salcamayhua (12), y casi todos los cronistas indígenas, coinciden, con pequeñas diferencias de nombre, en este hecho importante: la consanguinidad. Siempre la mujer principal ó Coya, es la hermana o la sobrina del Inca. Como se vé, no puede ser el parentesco mas directo. Si a esto añadimos que algunos de los Incas padecieron de pequeñas o grandes taras, evidenciables a través de las crónicas, se infiere la falencia eugénica de uno de los progenitores y la quiebra de la higidez psíquica seguramente en muchos de ellos.

De antiguo se sabe el rol importante de la herencia en las afecciones nerviosas; pero como dice Raymond (F. Raymond. Lecons sur les maladies du systeme nerveux 1896), esta herencia no es similar.

Este clínico francés, hace desempeñar rol importante en etiología a la predisposición nerviosa, que puede ser hereditaria o adquirida. Dice: "la predisposición a la afección nerviosa es a menudo hereditaria. La herencia nerviosa y su resultado el estado de degeneración; he allí los hechos fundamentales". (Raymond Ob. cit.).

Ahora vamos a revisar algunas opiniones autorizadas, respecto a la herencia y a la consanguinidad. Según Levy Valensi (13), el encéfalo del niño puede ser vulnerable en tres momentos de su evolución: antes, durante y después del nacimiento. Antes del nacimiento, las malas condiciones eugénicas de los progenitores; durante la gestación, los traumatismos obstétricos y las causas infecciosas que puedan ejercitar sobre la madre; y después, el ambiente y los factores tóxico-infecciosos. La consangunidad según el citado autor y según la opinión autorizada de muchos neurólogos, es un factor no despreciable, sobre todo cuando en los progenitores, se asocian y complementan los factores mórbidos. Novoa Santos (14), piensa mas fisiopatológicamente, sospechando se desarrollen estigmas degenerativos y vicios del desarrollo, tales como polidactilia, sordomudez, pied bot?, etc. Entre las anormalidades funcionales, señala

la ceguera congenita, sordomudez, tics, trastornos de la sensibilidad, alteraciones de los reflejos, etc. A pesar de haber adentrado el problema, refiriéndose a los progenitores, muestra algunas excepciones; y dice: "no es posible incriminar a la consanguinidad de los padres, cuando estos están libres de todo defecto, la aparición de fenómenos degenerativos en la descendencia". Según Davenport, citado por Novoa Santos, habría herencia cumulativa o convergente y las alteraciones estarían dadas por "la convergencia de caracteres nerviosos latentes en ambas líneas generadoras". Para Jelliffe y White (15), tratándose de la herencia nerviosa, la consanguinidad de los padres es lo primero a investigar en antecedentes; y el grado de parentesco debe ser explicado explícitamente. Insiste como los anteriores autores citados, en el almacenamiento de factores nerviosos en uno y otro ascendiente, siguiendo las leyes mendelianas corrientemente aceptadas. La consanguinidad para Jelliffe, no solamente se refiere a los hermanos o de padres e hijos, sino también entre primos primeros y primos segundos, que presenten tendencia neuropática, dan resultados desfavorables.

El ilustre endocrinólogo Marañón, es más afirmativo (16), respecto de la consanguinidad. Después de haber estudiado exhaustivamente el problema del Bocio en España, sobre todo en la región de las Hurdes, concluye ser la consanguinidad uno de los factores etiológicos mas importantes para mantener su endemicidad. A medida, dice, que las condiciones de vida han mejorado y la tendencia a buscar pareja en puntos alejados, es mas evidente, ha disminuído notablemente el bocio. Disminución de matrimonios consanguíneos, disminución de la endemia. Más adelante vuelve a insistir en este factor, creyendo que crea las formas degenerativas más graves del bocio: el cretinismo grave y la sordomudez.

Vemos pues, como a través de las crónicas del legendario Imperio y de las opiniones autorizadas de investigadores, el factor hereditario principalmente consanguíneo, ha sido de gran importancia para desencadenar procesos nerviosos o para mantener la cronicidad de ellos, sobre todo en lo que respecta a las degeneraciones tiroideas, pues todos los autores están de acuerdo en atribuír un origen pre-colombino al bocio en América. Si la regla extendida de los matrimonios consanguíneos, tal como hemos visto por la relación precedente, estaba establecida por ley durante la dinastía imperial incaica, "para que no se confundiesen los linajes"; en el pueblo, en el ayllu legendario, la promiscuidad ha debido alcanzar mayores proporciones,

ateniéndonos a los relatos, en verdad unilaterales, de algunos cronistas españoles. Merecería pues este problema, estudio mas completo y documentado, para precisar el grado del trastorno, ya que de pronto se transparenta como factor predisponente de degeneraciones en el sector de las glándulas endocrinas y de supervivencia de determinados procesos nerviosos.

Hemos enumerado el factor degenerativo a propósito de la herencia. Volvamos a insistir sobre él. Algunos hechos que se van a enumerar, tiene pruebas irrefutables, pues se evidencian a través de objetos de cerámica; en cambio otros sólo son de segunda mano y basados en leyendas más o menos arbitrarias.

Habrá que mencionar en primer término, aquellos estigmas saltantes de alteraciones físicas, aquellos que debieron impresionar justamente, a tanto cronista neófito y adquiridor empírico del panorama americano. No vamos a creer tampoco que América era el mejor de los mundos. Clavigero (17), dice por ejemplo: "No se hallará quizás una nación en la Tierra en que sean más raros que en la Mejicana los individuos deformes. Es más difícil hallar un jorobado, un estropeado, un tuerto entre mil mejicanos, que entre cien individuos de otra nación". Más allá, citando la opinión del inmisericorde Paw y de Robertson, pretende no se hallen entre los salvajes americanos, personas deformes, irregulares o monstruosas, "porque como los Lacedomonios, dan muerte a los niños que nacen ciegos, jorobados o privados de algún miembro". Clavigero no está de acuerdo con ellos y no cree en esta primitiva costumbre; agregando:. . . "y sin embargo, todos los españoles que vinieron de Méjico a Italia en 1768, fueron entonces y están hoy maravillados de observar en los pueblos de esta cultísima península, tan gran número de ciegos, cojos, tullidos y estropeados. . ."

Entre otras manifestaciones externas, que se atribuyen en ciertos casos a procesos degenerativos o a detenciones del desarrollo (estigmas), enumera Valdizán, la polidactilia y el labio leporino que se observa en algunos huacos. A estos se añade el pied bot, cuya importancia patológica merece un estudio aparte.

Valdizán en sus tantas veces citada obra, afirma que el bocio (**Kcoto**) existió entre los antiguos peruanos, afirmando su origen precolombino, en oposición a la teoría sostenida por Lemos (18), citado por el mismo Valdizán. Pero hay algo más, sostiene que perpetuaron las deformaciones macroscópicas en la cerámica, lo cual nos parece inexacto. Razones de índole biológica, climática, heredita-

rias y filogénicas, pueden llevarnos a la evidencia de su endemicidad en nuestro suelo, quizá si en las mismas zonas y quebradas donde existe en la actualidad; pero no de su representación en la cerámica pre-incaica. Siguiendo la topografía de las zonas bociosas, principalmente en la sierra; y su ausencia en el litoral, y siendo las grandes culturas pre-incaicas, que dieron origen a aquellas estupendas producciones de cerámica, exclusivamente de la costa, bien se comprende, no hayan tenido su representación artística.

Insistiendo sobre los factores etiológicos del Bocio y las glándulas endocrinas principalmente afectadas, hay que tener en cuenta las opiniones de Marañón, ya citado. Piensa, sea la tiroides la glándula afectada de manera principal, pero no exclusiva, "las otras glándulas están tomadas en menor escala". Observando la apariencia externa de ciertas zonas bociosas, se nota la similitud con ciertos pueblos primitivos, que han detenido su desarrollo somático, serían fases primarias de la raza humana, semejantes a los pigmeos o a ciertos pueblos polares (Finkbeiner, citado por Marañón).

Si continuamos con las detenciones o perturbaciones del desarrollo, provenientes de alteraciones endocrinas, o mejor endocrino-vegetativas, podemos enumerar los dos tipos opuestos de la armonía somática, cuyo lindero con lo patológico es a veces insensible. Me refiero a los enanos y a los gigantes o gigantismo.

Los enanos o Umutu, según Valdizán (La alienación. etc.), eran empleados como juglares o bufones. Pertenecían seguramente a ejemplares de cretinos, o formas graves del cretinismo endémico (Marañón), que con sus chocarrerías, compensación de su inferioridad mental, entretenían a sus amos. Cree el citado autor, que algunos hayan sido frenasténicos por defectos en la gestación.

La leyenda de los gigantes tiene ciertos visos de verosimilitud. No es posible creer, como pretenden algunos, que haya sido pura fábula. Casi todos los cronistas están de acuerdo, en que arribaron a las playas del Perú (Santa Elena, Ecuador), individuos de estatura gigantesca. Cierto es que cada uno les atribuye hechos diversos y la mayoría están de acuerdo en que desapareció esta raza por haberse dedicado a ciertas prácticas sodomíticas. Revisemos algunas opiniones, pues la importancia del tema lo requiere. Valdizán, citando a Sarmiento de Gamboa (19) y Lizárraga (20), exhuma de la leyenda: "...que Viracocha había formado una serie de gigantes, disformes en grandeza, pintados o esculpidos para ver si será bueno hacer los hombres de aquel tamaño". Valdizán agrega, que este gigantismo no

fué desconocido de los antiguos, los que tal vez asociarían la idea de fuerza o poder al desarrollo estatural. A confirmar lo dicho anteriormente, se suma la opinión del jesuíta Acosta (21), quien afirma, también existía esta gran estatura entre ciertas tribus mejicanas (los chichimecas). "Nadie se maraville, ni tenga por fábula lo de estos gigantes, porque hoy día se hallan huesos de hombres de increíble grandeza..." Cieza de León, citado por Garcilaso (22), prosigue la descripción: "...y sus miembros conformaban con la grandeza de sus cuerpos tan disformes que era cosa monstruosa ver la cabeza, según eran grandes y los cabellos que les llegaba a las espaldas". Al final agrega que no trajeron mujeres consigo. El discutido Montesinos (23), nos cuenta que llegaron a Santa Elena, señoreando aquella tierra de Puerto Viejo, aterrorizando a los naturales que huían de ellos; y usaban mal de sus cuerpos. El ilustre arqueólogo alemán Uhle (24), a quien tanto debe la arqueología peruana, nos cuenta que desde la caleta de Chorrillos, a la de Pativilca, ha encontrado vestigios de una raza de gran estatura, que probablemente haya pertenecido a pescadores antropófagos, muy parecidas a las tribus pescadoras de Chile. En Anello Aliva, Arriaga (25), Gutiérrez de Santa Clara y otros cronistas españoles, coinciden los mismos datos de existencia en remotas edades de individuos de estatura gigantesca.

Se sabe que en el desarrollo armónico de los diversas partes constitutivas del cuerpo humano, interviene preponderantemente el sistema neuro-endocrino, y hasta algunos filósofos como Keyserling (26), generalizando el concepto biológico, dice que el carácter y la psicología de los pueblos, no son sino únicamente predominancia de glándulas endócrinas. Hasta los carácteres diferenciales de las diversas razas, serían para Keith (27) función endócrina, la raza europea sería predominio de la hipófisis; el tipo mongólico, la tiroides y el negro, las suprarrenales.

Pues bien, la fisiología patológica ha descubierto, que este gigantismo exagerado, casi siempre está en relación con perturbaciones endócrinas, principalmente de la glándula hipófisis. Para Brissaud y Meige (28), el gigantismo y la acromegalia no serían sino una misma enfermedad. Es muy probable pues, que esta raza de gigantes de que nos hablan tan pintorescamente los cronistas, hayan sido otros tantos trastornos endocrinos, entre los que prima el hipofisario. Algo más, entre el aparato genital la hipófisis y el crecimiento de los huesos (Pagniez.—Ob. cit.), existe una correlación patológica constante. Es lógico suponer, que la desviación sexual de que tanto nos hablan los cronistas;

por la que se exterminó esta raza de gigantes, haya sido un nefasto determinismo de su proceso acromegálico.

Entre los agentes infecciosos, ocupa lugar preponderante la Sífilis. El problema en sí, está bastante discutido, pero parece que la gran mayoría opta por el origen pre-colombino. Tello encara gallardamente el problema, más con criterio arqueológico que clínico. En su muy importante trabajo, citado por casi todos los investigadores (29), afirma que la sífilis tiene un origen pre-colombino y que la voz keshua **Huanthi**, es sinónimo de sífilis, opinión que comparten Lorena, Lavorería, Valdizán y otros.

El año 1930, los Drs. Tello y Williams de la Universidad de Buffalo (el segundo), publicaron un interesante estudio sobre un cráneo sifilítico de Paracas. No cabe duda respecto al origen pre-colombino de estos hallazgos, cuyas tumbas, las de Cerro Colorado, han permitido estudiar numerosos lados de nuestra arqueología. Tanto el cráneo, como los huesos largos, fueron estudiados macroscópica, microscópicamente y por los rayos X. (30).

Si ha existido pues, este factor etiológico y de otro lado sabemos por la clínica que su influencia es preponderante para desencadenar numerosos procesos nerviosos, es lógico suponer, que dadas las facilidades del contagio y las numerosas fiestas que nos describen los cronistas, que siempre derivaban en excesos sexuales, la propagación de esta enfermedad debe haber sido profusa. Si recordamos con Jelliffe y White (Ob. cit.), que la sífilis heredada es responsable en gran escala de los desórdenes mentales y nerviosos, habremos circundado la importancia etiológica de este agente.

Pueblo esencialmente idólatra, hubo seguramente de buscar fácil derivación a sus angustias, en el uso inmoderado de los estupefacientes, sobre todo de la chicha, ya que el alcohol no se utilizaba en esa forma. Todos los cronistas están acordes, bien es verdad, exagerando la nota, en este culto de Baco, fácil alivio a las penas de muchos débiles de espíritu, en su difusión rápida en el Imperio. Cieza nos relata el abuso inmoderado del tóxico; Juan y Ulloa (31), de los efectos perniciosos, hasta el extremo de producir la muerte; y en fín, quién más, quien menos, ya el cronista militar principalmente, como el misionero, como el fraile, nos relatan pintorescamente las fiestas báquicas del indio, sus excesos lúbricos y su acostumbramiento progresivo a la droga. En la Relación Anónima, se lee: "...todavía se hallaban hombres que de una sentada se bebían en toda una tarde más de una arroba de vino, y estuvieron en su jui-

cio como si no hubieran bebido, **con todo no podían estos vivir sino muy enfermos".** Y en otro capítulo, referente al mismo asunto, declara que el indio que bebía mucho y conservaba la cabeza fuerte, sin transtornos, lo tenían a gran valentía. Vemos pues, que de esta interesante cita de la Relación Anónima, que en sentir de Jiménez de la Espada correspondería al célebre Padre Blas Valera, el gran costumbrista chachapoyano, se deduce, como los intoxicados crónicamente por el alcohol, padecían de trastornos perennemente. Cuando la embriaguez era más avanzada y perdían el juicio, lo lamaban Hatum machay (Relación Anónima).

La humanidad desde antiguo, ha sido cruel deudora de los excesos báquicos de los progenitores. En el dardo punzante de la sátira se han reflejado el menosprecio por el alcohólico y sus descendientes. Conocido es el atisbo eugénico mordaz del filósofo Diógenes y la precaución higiénica del satírico Moliére, en su Anfitrión.

El empleo que de la chicha se hizo durante el régimen incaico fué considerable. De su incorporación oficial a las fiestas del incario, nos dan cuenta los cronistas. "La principal ofrenda y la mejor y la mayor parte de sus sacrificios, es la chicha, por ella y con ella comienzan todas las fiestas de la Huacas, en ella median y en ella acaban sus fiestas y ella es el todo..." (32). Siendo el principal componente de ella el maíz, su toxicidad sobre los diversos órganos no sería grande, pero interviniendo corrientemente el agregado de carnes de animales ,que fácilmente se descomponen, justo es pensar, como lo hacen algunos investigadores, se puedan producir principios derivados de la putrefacción de las albúminas y en especial las peligrosas ptomainas, como piensa Valdizán (33).

Interviniendo como se acaba de decir, el maíz, en la composición de las diversas chichas, justo es relacionarlo con su profusión en el Continente, mucho antes del advenimiento de los conquistadores. Leemos en un estudio exhaustivo de ella (34), que los antiguos peruanos adoraban la planta, atribuyéndole un origen divino. Casi todos los naturalistas, que tuvieron el privilegio de observar el Continente americano en los albores de la conquista, nos refieren con lujo de detalles sus características botánicas, su forma de obtención, sus variedades. Velásquez y Maldonado, en su trabajo citado, nos dicen se consumía en varias formas: cocido, tostado, molido, etc. Ahora bien, yendo de la causa a los efectos, habremos de suponer, con la lógica fría de los fenómenos morbosos, que las alteraciones nerviosas producidas por el maíz, no deben haber sido raras en la antigüedad. Las alteraciones patológicas produci-

das en el organismo por el uso inmoderado del maíz, han sido estudiadas últimamente por una serie de investigadores; y se ha utilizado el título de Maizismo o de Pelagra, para indentificarlas. Pues bien, y el punto que nos interesa a nuestro objetivo es la manifestación nerviosa, y estas predominan en esta enfermedad, dándosele el nombre de "psiconeurosis maizínica". (35). La patogenia de estos trastornos no está bien exclarecida, probablemente el maíz húmedo que se descompone en el intestino, quizá el agregado de un hongo, el aspergillus o el penicillius, que por su descomposición prematura darían lugar a la formación de pro-

La Cocomanía, motivada por el abuso inmoderado de la coca, sería otro factor no despreciable, dada su gran difusión entre el Imperio. Extranjeros y nacionales, han desfilado afanosamente estudiando las características de la preciosa Erytroxylona, motivo de culto para los primitivos perúanos (véase el estudio completo de Mortimer-36). Se ha pretendido que su exagerado abuso durante varias generaciones, haya contribuído a la degeneración de la raza indígena, "por sus efectos directos y sus consecuencias blastoftóricas" (37). ¿Sería posible una insensibilidad al dolor (analgesia) trasmitida de generación en generación?, como piensa Escomel (38) y que esta raza tan duramente tratada por el destino, tenga como compensación orgánica, si compensación pudiera llamarse, esta mitigación del dolor, que para Celso es atributo divino? Valdizán (39), refiriéndose a las alteraciones sensitivas, también establece la hipoalgesia, por su propiedad farmacodinámica bien definida experimentalmente, de ser paralizante de las terminaciones sensitivas. Cita para confirmar su aserto, la hipoalgesia exagerada de las indias frente al parto fisiológico, contraviniendo la disposición bíblica. La acción de la coca en la raza indígena, es tanto más eficaz, cuanto que es raza hiposensible constitucionalmente.

Ocioso sería enumerar la serie de experiencias farmacológicas tendiente a probar las propiedades de los alcaloides contenidos en las hojas de la coca. Todas coinciden en su acción sobre el sistema nervioso periférico, la parálisis sensitiva y si su acción se prolonga, alteraciones aún más graves en los centros nerviosos superiores. Sobre la motricidad (Curschmann-Kramer, Ob. cit.), su efecto es al principio excitante y después de parálisis, estando de acuerdo los autores, en que el hábito de la cocaína, al igual del de la morfina, se intensifica gradualmente. Es útil conocer los últimos efectos de la cocaína sobre el organismo, para así poder predecir sus efectos sobre su abuso. Así, en la obra

de Curschmann antes citada, se lee, como lleva a la amenorrea y la azoospermia, fenómenos perturbadores profundos de la evolución de la raza. Prosiguiendo los trastornos nerviosos, vemos que entre el grupo sensorial, se produce anosmia, hipogeusia, discromatopsia, ambliopía, debilidad muscular, marcha oscilante e insegura, temblor, calambres en las pantorrillas y en veces accesos convulsivos de tipo epileptiforme. Después de esta larga cita, es justo pensar que el efecto de la droga no puede ser más nocivo para el sistema nervioso, al que ataca preferentemente; y que seguramente los médicos del Antiguo Perú deben haber estado familiarizados con sus efectos farmacodinámicos, aunque sin darle la interpretación debida.

Del tabaco como agente etiológico de alteraciones nerviosas, podría aducirse menos citas que para los demás. Bien es verdad que el naturalista Monardes (40), citado por Valdizán; y este mismo (41), le dedica estudio preferencial. La difusión pre-colombina de esta planta, ha sido grande. Monardes afirmaba que la nicotina tenía propiedades analgésicas, siendo de recomendarse su uso en la cefalalgia y aún en la histeria. Si revisamos los efectos del tabaco a la luz de los modernos conocimientos, encontramos que aparte de los síntomas de intoxicación general conocidos nosográficamente como tabaquismo, aparecen síntomas nerviosos bien definidos, así desfilan: la compresión cefálica, el insomnio, los vértigos, temblor, contracturas, exaltación de los reflejos. Del lado sensorial visual: ambliopía, escotoma central bilateral, fotofobia, mas rara vez neuritis óptica y papilitis (Curschmann-Kramer, Ob. cit.).

Concisos son los datos que poseemos respecto al chamico, bastante conocido de los antiguos. El empleo de drogas estupefacientes estaba muy repartido entre los indígenas. Nos cuenta Lavorería (42), que el chamico lo empleaban a pequeñas dosis, "para producir sueño y anestesia a los que debían ser sometidos a tormento", práctica bastante piadosa por cierto.

Por la vieja Europa, a comienzos del siglo XVIII, el empleo de la solanáceas adquirió mal renombre, a causa del mal uso que hacían de ellas los brujos durante la Edad Media (43). Sin embargo, hubieron médicos célebres en su empleo, como Antonio Stark, de Viena, que conocían íntimamente sus menores manifestaciones.

El naturalista Cobo (44), nos da una cita más concisa: "Tomando su contenido, adormese los sentidos". Más allá: "Usan los indios del Perú embriagarse y si se toma mucha cantidad, saca de sentido a una persona, de manera que teniendo los ojos abiertos, no ve ni conoce". Esta cita nos ha-

ce pensar en la obtusión completa de las facultades psíquicas, por el abuso de la droga.

El dominio folklórico de esta planta es muy rico en nuestro medio; y lo es también su gran abundancia en nuestro suelo. Habría una pequeña discrepancia respecto al género mismo del datura, creyendo Almenara (45), en un estudio experimental bien documentado, que la especie a que se refieren las leyendas incanas, es la **Datura tatula.** Los numerosos casos de envenenamiento a que se refieren las leyendas incanas, envenenamientos producidos las más de las veces por plantas medicinales que contiene alcaloides midriáticos, le hace suponer al mismo investigador nacional, sea el chamico el directamente responsable de estos cuadros, por su reconocida difusión en el Continente, antes de la llegada de los conquistadores. Háblase en algunas crónicas, del adormecimiento producido por su empleo continuado; y hasta de su empleo piadoso, en la misma forma que hemos dicho para la coca, en los seres que iban a sufrir tormento.

El agustino Calancha (46), en medio de su abultada Crónica, como dice Riva Agüero, hace algunos atisbos medicinales; y había notado la semejanza entre el chamico y el beleño. Refiriéndose a la manera de emplearlo dice: "...comido en grano o bebido en cocimiento, si ha comunicado toda su virtud, emborracha; si ha dado más de su virtud, adormece todos los miembros, y con esta se preparan todos los que han de ser atormentados..."

Llegamos al traumatismo como agente vulnerable del cráneo y del ráquis. Dicho agente sería imputable y en gran escala, para desencadenar multitud de procesos, de etiología traumática bien comprobada actualmente. Bien sabemos que los Incas fueron pueblo guerrero por excelencia, y que las armas de combate empleadas en guerras cuerpo a cuerpo, con el excesivo podor vulnerante que tenían, hubieron de producir destrozos de consideración en las zonas afectadas. Prueba de ello lo tenemos, en los casos indudables de trepanación por traumatismos externos, fracturas hemorragias, etc. Los instrumentos de guerra que usaban los indios, que fueron de variadas formas, desde la estólica, hasta la clava o maza y la porra, debían ejercer cuando golpeaban la cabeza, fuertes traumatismos craneanos y encefálicos: fracturas, hundimientos de hueso, hematomas, contusiones, dislaceraciones; y sobre la masa encefálica: conmociones, compresión cerebral y a veces salida de la masa encefálica, cuando la abertura ósea lo permitiera. Veamos una cita bien precisa, Rosales (47), dice: "...y dando a uno un golpe (con la macana a dos manos) como son tan forzudos los indios,

si dan en la cabeza le aturden, hacen gran impresión y con la retorcida de la macana derriban al herido". He aquí descrito patéticamente, el cuadro de la conmoción cerebral en sus tres grados nosográficos. Los clásicos síndromes commocionales y el shock nervioso consecutivo, han debido ser moneda corriente entre los ejércitos del Inca, y conocidos con toda seguridad de los médicos incaicos.

Conjuntamente a la individualidad nosológica, conmoción cerebral y conmoción encefálica (48), también el traumatismo puede iniciar algunos procesos nerviosos, que por esa causa se llaman traumáticos; así revisamos: la encefalitis traumática, entidad clínica bien diferenciada; la epilepsia traumática, en que el traumatismo representa a veces el accidente anunciador de la dolencia; y algunos procesos infecciosos que pueden iniciarse o generalizarse merced a él.

Sabemos de continuo, cómo, entrè las manifestaciones post-traumáticas, la más frecuente es la epilepsia, que se puede presentar en todas las edades de la vida (Marchand), pero según la biología, las lesiones cerebrales determinan más fácilmente la epilepsia, cuando atacan un cerebro que no ha adquirido la plenitud de su desarrollo.

Representaciones en la cerámica de luchas guerreras, existen de variadas formas; pero ninguna más característica que un huaco, que pertenece a la cerámica mochica, del Museo Víctor Larco Herrera. Representa a dos guerreros en actitud ofensiva. El uno propina al otro, fuerte golpe con la maza. Se vé la expresión de terror del agredido, la mirada fija, los ojos salientes. Suelta el escudo que le defiende y cae arrodillado al suelo. La pierna derecha flexionada en ángulo recto sobre el muslo. Es un sujeto con conmoción encefálica traumática.

Por viejas tradiciones populares, se sabe que los indios del Oricono, de la Guayana y del Amazonas en todo su recorrido selvático, tenían la costumbre de envenenar sus flechas, con una substancia venenosa extraída del zumo de cierta planta, a la que llamaban curare. Estudiada prolijamente por Simoens da Silva (49) en el Brasil, se puede decir que sólo nos compete en la vasta extensión del Departamento de Loreto.

Traemos a mención este agente etiológico, por su acción electiva sobre las terminaciones motrices, que ha sido estudiada bien últimamente. Según Urteaga (50), se mojaba con el líquido extraído de la planta (el zumo), "la punta de la flecha, la que al penetrar en el cuerpo infectaba la sangre...". En seguida nos relata cómo el efecto tóxico elevado del curare, atacaba todas las terminaciones nerviosas motoras, produciendo parálisis graves, incluso de

la respiración. "El herido abandonado a sus fuerzas, lograba conservar la vida, si durante la paráisis se le mantenía la circulación y una respiración artificial". Agrega, que el sistema de envenenar las flechas, fué proscrito por los ejércitos del Inca, "aunque la ponzoña extraída de los vegetales, era conocida de los indios de la región amazónica, así como de los araucanos de Chile".

Según Meyer-Gottlieb (La Farmacología Experimental), el curare pertenece a distintas plantas de la familia de las logoniáceas. Humboldt nos cuenta cómo preparan los indios el extracto acuoso y seco, al que agregan substancias extrañas que aumentan su toxicidad. De los alcaloides contenidos, habrían dos principales: la curarina y la curina. Según Bühm, habrían tres clases de curare en el comercio, curare de caña, que se expende en cañas de bambú, el de puchero, que preparan en utensilios y el de calabaza que procede de Venezuela. La acción farmacológica es específica sobre las terminaciones nerviosas motoras, paralizándolas.

A todos estos agentes generales, enumerados por orden de importancia, justo es colocar muchos otros, que no por tenerla menos, han dejado huellas de su existencia a través de las leyendas o de la cerámica, mudos testigos de su nefasta obra biológica. Dos agentes generales tienen importancia a nuestro objetivo: el paludismo y la tuberculosis. Mayor asidero histórico por las precisas descripciones, tiene el paludismo. Ya Garcilaso (Comentarios Reales), nos cuenta que diezmaban las quebradas en la época incaica, al que llamaban chucchu: y Lavorería, citando a Antonio de Ulloa, explorador del siglo XVIII, dice que su acción nefasta era tan letal, que "legaban a desploblarse las haciendas por la mortalidad que ocasionan".

En cuanto a la tuberculosis, dolencia que ha acompañado a la humanidad, desde que es humanidad; es segura su existencia en el período incano. Si tenemos en cuenta, conforme hemos enumerado anteriormente, el gran número de estupefacientes, que debilitaban las resistencias orgánicas, es justo suponer, fueran más fácil presa del bacilo tuberculoso. Pero aún hay más, aquella organización política—la de los mitimaes—sabiamente establecida por los Emperadores Incanos, según el decir de Monge (51), que equivalía a un nomadismo familiar, obligado e inteligente —biológico—que podría servir para la adaptación del andino a los diversos ambientes climáticos; no lo es si se mira el problema de su descenso a la costa. Bien sabemos, y numerosos investigadores lo confirman, como es de notable la tuberculización del indígena que desciende de la sierra.

Cambio de caracteres climáticos, desadaptación, pérdida de energías, "terreno virgen" para el bacilo, y algunas otras condiciones no muy bien precisadas, motivan esta fácil tuberculización.

Pues bien, estos dos factores etiológicos enumerados, tienen marcado determinismo biológico para producir determinadas manifestaciones nerviosas, sindromes bien definidos, puestos en claro por la ciencia.

Y al lado de los factores orgánicos, justo es colocar los psíquicos, cuya frecuencia nos es retratada por el grado de superstición e idolatría del indígenas. Entre éstos, ocupa lugar preferente el susto o **shogpi** evidenciable a través de la leyenda y cuyo efecto colectivo al decir de Valdizán (52), debe haber sido lo suficiente intenso para crear una "ansiedad colectiva", muy favorable al desarrollo de numerosos procesos nerviosos, principalmente funcionales, a la cabeza de los cuales es necesario colocar la historia.

Las influencias del medio ambiente se dejaron sentir antropológicamente, para dar las diversas variantes a la raza india; los factores intrínsecos, a pesar de sus diversas taras, son domeñados por su robusta contextura física; los agentes infecciosos y tóxicos, luchan a porfía por menguar sus capacidades físicas y sólo lo consignan en parte. Y a pesar de estas diversas agresiones, triunfa la individualidad biológica, la suprema alma de la raza, señorea en el gran Tahuantinsuyo, forjando una civilización ciclópea, cuyos vestigios aún admiramos; y cuyo crisol sólo puede haber sido fundido por espíritus superiores física y moralmente, que sentían hondamente las vibraciones de la naturaleza y sus secretos encantos.

La paleo-patología nerviosa, se ha enriquecido para el Perú con el empleo de los rayos X. El roentgen—diagnóstico retrospectivo, no se limita a caricaturizar los fenómenos óseos que se pasan en las momias, sino que permite un diagnóstico rigurosamente científico del trastorno.

Hace ya algunos años, que investigadores americanos e ingleses, vienen laborando en la apreciación de las momias por los rayos X. El procedimiento técnico varía ligeramente por tratarse de cuerpos inanimados, lo mismo que tratándose de radiología de los cadáveres. Investigaciones llevadas a cabo con material peruano por Arthur Baessler y George F. Eaton, y sobre todo por Roy L. Moodie, permiten hacer diagnósticos de suma precisión. Este último investigador dice,por ejemplo, que la arterioesclerosis, tan frecuente entre las momias egipcias, sería rara entre las del

Perú. Habría que tomar muy en serio este dato nosográfico y correlacionario con la longevidad de los primitivos peruanos: "...se ponen calvos más tarde que los españoles y no son raros entre ellos, los que llegan a la edad de cien años". (Clavigero, Ob. cit.); para creer que fueron menos las autointoxicaciones que se generan en el curso de la vida, que llevan fatalmente a la calcificación de las arterias, En el mismo orden de ideas, podríamos suponer la menor frecuencia de lesiones arterioesclerosas de los centros nerviosos.

Otra lámina de la obra de Moodie, muestra un caso de tumor cerebral de la membrana dural, probablemente un tuberculoma o un meningioma.

La plancha Nº XXIII, representa un niño hidrocéfalo de esos **Uma sapa**, caracterizados en el folk lore y que en la imaginación popular iban unidos a déficit en las facultades mentales.

Hay otra lámina que indica claramente lesión en los huesos del oído, rarificaciones, dando cuenta de probables afecciones sifilíticas en dichos huesos.

Ningún testimonio más auténtico para penetrar en la patología incaica, que éste, aportado por los rayos X.

BIBLIOGRAFIA

(1).—Valdizán, Hermilio.—La alienación mental entre los primitivos peruanos.

(2).—Lastres, Juan B.—Investigación histórica del pasado nervioso peruano. Lima, 1935.

(3).—O. Crouzon.—Etudes sur les maladies familiales nerveuses et dystrofiques.

(4).—Mendiburu.—Diccionario histórico-biográfico del Perú. Lima, 1932.

(5).—R. P. Miguel Cabello Balboa.—Historia del Perú.

(6).—Fr. Martín de Morúa.—Historia de los Incas Reyes del Perú. Col. Urteaga Romero.

(7).—Noticias cronológicas del Cuzco. Anónimo.

(8).—Relación anónima. Tres relaciones de antigüedades peruanas, publicadas por Jiménez de la Espada, Madrid, 1879.

(9).—Parecer acerca de la perpetuidad y buen gobierno de los indios del Perú. Col. Urteaga-Romero I, III serie.

(10).—Betanzos, Juan de.—Suma y Narración de los Incas. Col. Urteaga-Romero.

(11).—Cieza de León, Pedro de.—Señorío de los Incas.

(12).—Juan Santa Cruz Pachacuti Yamqui. Tres relaciones de antigüedades peruanas, Madrid, 1879.

(13).—Levy-Valensi.—Encephalopaties infantiles, Cerveau et cervelet. Col. Roger, Widal, Teissier.

(14).—Novoa Santos.—Manual de Patología General. 1927.

(15).—Jelliffe and White.—Diseases of the Nervous System.

(16).—Marañón, Gregorio.—El Bocio y el cretinismo. Editorial Paez. Madrid.

(17).—Clavígero, Francisco Saverio de.—Historia Antigua de Méjico. 1826.

(18).—Valdizán, H.—La alienación mental, Ob. cit. Lemos Abraham, El bocio y el cretinismo en la provincia de Mendoza. Buenos Aires, 1877.

(19).—Sarmiento de Gamboa, Pedro.—Segunda parte de la Historia General llamada Indica. Geschichte das Inkareiches. Berlín, 1906.

(20).—Lizárraga, Fr. Reginaldo de.—Descripción de las Indias. Rev. histórica, 1906.

(21).—Acosta, Joseph de.—Historia natural y moral de las Indias, 1792.

(22).—Garcilaso de la Vega.—Comentarios Reales.

(23).—Montesinos.—Memorias antiguas historiales y políticas del Perú. Col. Urteaga-Romero.

(24).—Discurso del Dr. Uhle en el Instituto Histórico del Perú, el 29 de Julio de 1960, citado por Riva Agüero, "La Historia en el Perú".

(25).—Arriaga, Pablo Joseph de.—La extirpación de la idolatría en el Perú.

(26).—Keyserling, Conde Hermann.—Psychanalyse de l'Amerique.

(27).—Keith.—Tratado de Diagnóstico Clínico de las enfermedades internas del Dr. P. Krause.

(28).—Pagniez, Ph.—Troubles du developpment general. Col. Roger, etc.

(29).—Tello, Julio C.—La antigüedad de la sífilis en el Perú. Rev. Universitaria, 1910.

(30).—Tello, J. C. and Williams, Herbert U.—An ancient syphilitic Skull from Paracas in Perú. Annals of Medical History. New York, 1930.

(31).—Juan y Ulloa.—Noticias Secretas de América.

(32).—Arriaga, Joseph, Ob. cit.—Villagómez, etc.

(33).—Valdizán, H.—La alienación mental en la raza india. Anales de la Facultad de Medicina.

(34).—Velasquez y Maldonado.—Contribución al estudio del maíz y de la chicha. Anales de la Facultad de Medicina. Set, 1919.

(35).—Curschmann-Kramer.—Tratado de las enfermedades del sistema nervioso, 1932.

(36).—Mortimer.—History of Coca, Perú.

(37).—Fosalba, Rafael G. Tesis de bachiller, 1929.

(38).—Escomel, Edmundo.—Ciencia y arte en la pre-historia peruana. Lima, 1924.

(39).—Valdizán, H.—El cocainismo en la raza indígena, Crónica Médica. Lima, 1913.

(40).—Monardes Nicolás.—Delle cose chevenongo portata dall Indie Occidental, pertinenti all'uso della medicina, 1616.

(41).—Valdizán, H.—El tabaco medicamento. Roma, 1914.

(42).—Lavorería, Daniel E.—El arte de curar entre los antiguos peruanos. Crónica Médica, 1901.

(43).—Laignel Lavastine et Jean Vinchon.—Les malades de l'Esprit et leurs medecins du XVI au XIX siecle.

(44).—Cobo, Padre Bernabé.—Historia del Nuevo Mundo.

(45).—Almenara, Guillermo. El chamico. Tesis de doctor. Lima, 1927.

(46).—Calancha, Fray Antonio de la.—Crónica Moralizada del orden de San Agustín en el Perú.
(47).—Rosales, citado por Urteaga, Bocetos históricos. El Perú.
(48).—Marchand, L.—Cerveau et cervelet. Col. Roger. Widal Teissier.
(49).—Simoens da Silva.—Boletín de la Sociedad Geográfica. Enero de 1911.
(50).—Urteaga, Horacio.—El Perú. Bocetos históricos.
(51).—Monge Carlos.—Biología Andina. "El Comercio" de Lima. Enero de 1935.
(52).—Valdizán, H. y Maldonado A.—La Medicina Popular peruana, T. I. 1922.
(53).—Moodie, Roy L.—Roentgenologic Studies of Egyptian and Peruvian Mummies. Field Musseum of Natural History. Chicago, 1931.

Dr. Juan Francisco Valega

Médico Jefe de Servicio en el Hospital
«Victor Larco Herrera»

El diagnóstico de la defunción en las enfermedades mentales

Considero de oportunidad llamar la atención de los miembros de las primeras Jornadas Neuro-psiquiátricas del Pacífico, con respecto al diagnóstico de la causa de defunción en las enfermedades mentales. Me lleva a tratar el punto un interés de estadística demográfica, por lo mismo que los psiquiatras, como los médicos en general, preocupados como se hallan en discriminar los problemas de la patología **in vitam** —si se interesan en los problemas **post-mortem** es para mejor aclarar esa patología y acumular valiosa enseñanza, para los casos similares ulteriores— suelen descuidar la formulación del diagnóstico de la causa de la muerte, en la forma especificada y homologable que exige la Estadística.

Desde luego, no voy a referirme de modo especial a la clasificación de enfermedades mentales, cuestión que, para su uso jurisdiccional, y, para fines estadísticos también, tienen resuelta casi todos los hospitales psiquiátricos, si bien subrayo la conveniencia de internacionalizarla por los obvios beneficios que de ello se desprendería.

Frente al hecho de la formulación de diagnósticos en caso de muerte, el psiquiatra tiene que resolver una ecuación con dos incógnitas: 1º. El diagnóstico de la enfermedad mental; y, 2º. El diagnóstico de la causa de la defunción. Cabe una tercera incógnita —de interés menor para el oficial de estadísticas y sí valioso para la experiencia registrada del hospital— el referente al episodio mórbido final.

En el Hospital "Víctor Larco Herrera" de la Magdalena del Mar, Lima, Perú, los médicos anotamos en la ficha individual correspondiente a cada enfermo, en primer lugar, el diagnóstico de la enfermedad mental que sufría el sujeto —de acuerdo con la clasificación de las enfermedades mentales del Prof. Emel Kraepelin, de 1921, vigente en nuestro hospital por decreto de su dirección desde el 1.º de Enero de 1932— y en segundo lugar, en la parte concerniente al "diagnóstico de la causa de la defunción", solemos indicar como tal, y he aquí el error que señalo y en el que yo mismo he incurrido, el episodio final inscrito con las palabras: caquexia, colapso, marasmo, agotamiento, síncope. De esta suerte, buena parte de los diagnósticos de la causa de muerte, para el estadistígrafo caen bajo el rubro N.º 200 de la nomenclatura Internacional de Causas de Defunción, puesta en vigencia por la Comisión Internacional, reunida en París en 1920, sujeta a revisión decenal. Este epígrafe N.º 200, que se intitula "causas no especificadas o mal definidas", que todo médico debe conocer con el objeto de que sus diagnósticos no merezcan ser incluídos bajo esa calificación, es para el oficial de estadística como la canasta de papeles viejos en la que se va arrojando, después de ardua discriminación, los diagnósticos que escapan a una clasificación específica.

Ignoro cuál sea la conducta que siguen mis colegas del Pacífico con respecto a la formulación del diagnóstico de la causa de la defunción. Me alegraría mucho que esta crítica no les concierna. Sólo poseo los datos correspondientes al hospital donde trabajo y voy a exponerlos a manera de autocrítica, tal vez, la más fructífera en enseñanzas. Hélos aquí:

Fecha	Total de fllcds.	Dfcns. iclds. en el N.º 200	Porcentajes
1930	182	38	20.88%
1931	103	18	17.40%
1932	174	24	13.79%
1933	149	25	16.78%
1934	251	20	7.97%
1935	199	24	12.06%

Estos porcentajes de diagnósticos no especificados o mal definidos, si bien demuestran un halagüeño descenso, son lo suficientemente crecidos como para malograr un buen número de unidades estadísticas, obscureciéndose así, en escala no pequeña, la estadística general de causa de defunción

no sólo dentro del propio hospital, sino de la ciudad en que está ubicado.

El error en referencia, en mi país como posiblemente en muchos otros, puede deberse al criterio un tanto espiritualista que suele predominar cuando nos referimos a las enfermedades "mentales". Aunque el psiquiatra, enterado de su especialidad y de las concepciones doctrinarias que la sustentan, no tiene más en cuenta la separación teologal de alma y cuerpo, totalmente excluída del campo biológico y estima que la llamada enfermedad mental es una que compromete a todo el ser; a la hora de formular el diagnóstico de la causa de la defunción, no piensa que ésta puede deberse a la enfermedad "mental" misma, sea demencia precoz o psicosis maníaco-depresiva, sino a una causa somática yuxtapuesta, previsible o imprevisible que, de pronto, interrumpe la vida del sujeto; o, tal vez, estima como diagnóstico de la causa de la defunción la propia ficha individual— y en la línea correspondiente a la causa especificada de defunción, se limita a anotar el episodio final inespecífico. En el caso de esta última explicación, el error que comete no existiría y todo sería atribuíble a una falta de acuerdo o inteligencia con el servicio de estadística. Por lo demás, dejando de lado estas explicaciones, que pueden muy bien, sobre todo la primera, calificarse de gratitudes, los médicos en general solemos ser entusiastas tributarios de ese número 200. El fenómeno, así visto, hay que considerarlo como extendido y debe imputarse a deficiencias en la educación sanitaria.

Con el objeto de evitar los errores señalados, convendría que, de todos modos, en la ficha individual se anotasen tres diagnósticos: 1.º) El diagnóstico de la enfermedad mental, según la nomenclatura vigente en cada hospital (mejor si ella es producto de un acuerdo internacional); 2.º) El diagnóstico de la causa de defunción, de acuerdo con la nomenclatura internacional vigente; y 3.º) El diagnóstico del episodio final. Así, por ejemplo, un demente senil cuyo episodio final fuese la caquexia, justificaría los siguientes diagnósticos: enfermedad mental: Demencia Senil; causa de la defunción: Demencia Senil; episodio final: Caquexia. De este modo el sugestivo episodio final tendría su ubicación propia, evitándose así la tentación de señalarlo como única causa de la defunción.

Se muere de la enfermedad mental. Todos los tratadistas, corroborando el juicio clínico de todos los días, señalan el modo de terminación propia en las distintas enfermedades mentales. La misma clasificación de Bertillon, imperfecta como es, contiene numerosos epígrafes que co-

rresponden a entidades nosológicas de la Psiquiatría. Desde luego, cuando se trata de psicosis sintomáticas, el rótulo que les corresponde es el de la intoxicación o de la infección causales, salvo aquellas enfermedades como el de la Parálisis General que, por su individualización patológica inconfundible, constituyen términos independientes.

Al hacer la crítica del diagnóstico de la causa de defunción en las enfermedades mentales, me he referido hasta ahora a aquellos casos en que el sujeto a quien aqueja una enfermedad mental, fallece de la enfermedad mental misma. La crítica ha consistido en señalar el error de considerar como causa de la defunción el episodio último. Vamos a referirnos ahora a aquellos casos en que, después de formularse el diagnóstico de la enfermedad mental, de acuerdo con la clasificación vigente en un hospital dado, se señala como causa de la defunción una intercurrencia morbosa, de las que caen bajo los términos específicos de la clasificación de Bertillon, excluído, por supuesto, el N.º 200.

Es claro que al plantear esta discusión considero que hay dos oficinas de estadística interesadas en que los datos que se le envían sean inequívocos: la oficina de estadística del hospital y la oficina de estadística demográfica municipal. Una inteligente discriminación médica de esos datos, que deben sujetarse a las nomenclaturas vigentes, facilita la tarea de elaborar buenos cuadros estadísticos. El primer punto, es decir, lo referente a aliviar el trabajo del oficial de estadística, puede no interesarle particularmente al médico, pero lo que sí le interesa, en el supuesto de que no sea demasiado impermeable a los aspectos médico-sociales de su profesión, es disponer, al final de cada año, de buenas publicaciones estadísticas que le permitan una certera visión panorámica de los sucesos demográficos y, en especial, de los concernientes a la disciplina que cultiva.

Pues bien, en el caso de las intercurrencias he creído observar que, con el objeto de no caer dentro del N.º 200, en no pocos casos hay la tendencia a declarar como causa de la defunción cualquier intercurrencia, más o menos específica, de las comprendidas dentro de los términos de la clasificación de Bertillon. De este modo el psiquiatra huye de señalar como causa de la defunción la propia enfermedad mental que aquejaba al sujeto, así como del diagnóstico mal especificado que corresponde al N.º 200. Esa intercurrencia pudo aparecer como posible desde el punto de vista clínico, pero nada más que posible, no habiendo sido confirmada —si lo fué no habría problema— por fal-

ca de autopsia. En hospitales de población crecida, cuyo número de enfermos aumenta mientras el personal técnico permanece en número estacionario, no es posible la autopsia sistemática de cada uno de los fallecidos. Este inconveniente, que hemos sufrido en el hospital "Víctor Larco Herrera", está ya prácticamente resuelto con la reciente designación de personal técnico especializado para las determinaciones **post-mortem.**

Las cifras que van a continuación señalan las proporciones entre el total de fallecidos, el número de defunciones cuya causa ha sido incriminada a la enfermedad mental y el número de las que corresponden a las intercurrencias.

1930:

Fallecidos por enfermedad mental	26	14,28%
Fallecidos por intercurrencias	118	64,84 "
Fallecidos por causas mal definidas	38	20,88 "
	182	100,00%

1931:

Fallecidos por enfermedad mental	10	9,7 %
Fallecidos por intercurrencias	75	72,82 "
Fallecidos por causas mal definidas	18	17,47 "
	103	100,00%

1932:

Fallecidos por enfermedad mental	28	16,09%
Fallecidos por intercurrencias	122	70,12 "
Fallecidos por causas mal definidas	24	13,79 "
	174	100,00%

1933:

Fallecidos por enfermedad mental	19	12,75%
Fallecidos por intercurrencias	105	70,47 "
Fallecidos por causas mal definidas	25	16,78 "
	149	100,00%

1934:

Fallecidos por enfermedad mental	37	14,74%
Fallecidos por intercurrencias	194	77,29 "
Fallecidos por causas mal definidas	20	7,97 "
	251	100,00%

1935:

Fallecidos por enfermedad mental	38	19,10%
Fallecidos por intercurrencias	137	68,84 "
Fallecidos por causas mal definidas	24	12,06 "
	199	100,00%

No hago comentarios a este cuadro. Si tuviese a la mano los correspondientes a los demás hospitales mentales del Pacífico, tal vez, de su comparación, surgirán algunas críticas desde el punto de vista estadístico, sobre todo, si nos fuese posible, además, conocer las distintas intercurrencias señaladas como causas de defunción. De todos modos, no deja de llamar la atención el grueso porcentaje correspondiente a las intercurrencias, en tanto que los diagnósticos "mal especificados" ofrecen un porcentaje mayor que el correspondiente a la propia enfermedad mental.

Al referirme a este punto de las intercurrencias he deseado llamar la atención hacia la necesidad de sólo hacer uso de ellas como causa de defunción cuando tengan efectiva confirmación clínica —mucho mejor si esa confirmación es por la autopsia— y no perder de vista, tampoco en este caso, que la misma enfermedad mental, por su malignidad o a través de su largo desarrollo, puede conducir a un deterioro orgánico, causa de muerte que simulará una enfermedad "física" sobreagregada. Un demente senil o un demente precoz pueden presentar como episodio final ostensible un cuadro de "diarrea" incluído éste en el N.º 120 de la nomenclatura de Bertillon. Pero ello no autoriza a señalarlo como causa de defunción, desligada de la enfermedad mental, si no se ha discriminado las distintas enfermedades intestinales y aún generales que pueden producirla. Si la clínica da resultados negativos en esa búsqueda, ¿no sería más acertado considerar esa "diarrea" como episodio final en enfermos mentales muy deteriora-

dos y señalar como causa de la defunción la enfermedad mental misma?

Una oficina de estadística de hospital psiquiátrico confecciona o puede confeccionar distintos cuadros sobre letalidad: uno en que se indique las defunciones ocurridas sin anotar las intercurrencias tenidas como causas de muerte, señalando simplemente la frecuencia letal_ por diagnósticos mentales; otro, en que aparezcan estos mismos diagnósticos mentales en función de las intercurrencias que hubiere. Pero, a la oficina de estadística demográfica municipal sólo le interesa una causa mórbida única para su compilación estadística. Cuando se anota en el certificado de defunción más de una causa se le plantea un problema que aún no está resuelto por codificación internacional. Es el problema de las causas múltiples **(joint causes of death).** Si el psiquiatra coloca como causa de la detunción además de la enfermedad mental, una o dos condiciones mórbidas más, está planteando ese problema a la oficina de estadística demográfica. Por ejemplo, si el fallecido sufría de demencia precoz (que figura en el Bertillon como causa de muerte), y a este diagnóstico agrega el de pelagra, y en seguida el de bronconeumonia, el oficial de estadística tiene que escoger, dentro de estas causas, una sola para sus tabulaciones. Este no es punto que corresponda al psiquiatra, como tampoco al médico general: es exclusivo de la oficina de estadística. El deber del profesional que suscribe el certificado es, por el contrario, hacer sus indicaciones en dicho documento en forma completa y precisa. En tanto, el oficial de estadística hará uso de un código especial de reglas para determinar la causa de defunción que debe seleccionar. No todos los países disponen de esta clase de códigos, y aunque según las recomendaciones establecidas en la última revisión decenal de la nomenclatura de Bertillon (1929), esos códigos no son deseables, porque el establecimiento de ellos podría "retardar los progresos en la mayoría de las indicaciones consideradas en los certificados", se estima, sin embargo, la necesidad de uniformar los diversos códigos en los países que cuentan con ellos. El conocimiento de estos códigos interesa también al psiquiatra, y si no al psiquiatra, al jefe de estadística del hospital mental. En muchos de ellos se establece, como no podía dejar de ser, reglas para seleccionar la causa de defunción que debe ser tabulada cuando entre las múltiples aparece la enfermedad mental. Por ejemplo, si aplicamos las sugestiones del United States Bureau of the Census al ejemplo que arriba indicamos de demencia precoz, pelagra y bronconeumonia,

el estadistígrafo escogerá bronconeumonia, porque, según esas recomendaciones, una enfermedad "física" deberá ser preferida a la enfermedad mental como causa de muerte; pero, si se tratase de parálisis general este título, por excepción, se preferirá al de bronconeumonia.

Si las Jornadas Neuropsiquiátricas del Pacífico aprobasen —lo que no puede dejar de ocurrir— la proposición que va implícita en el título de la ponencia oficial: "Clasificación de las enfermedades mentales y posibilidad de uniformarla en Sudamérica y la comisión que para formularla se designase logra su cometido, soy de parecer que dicha clasificación, cuyo valor primordial estriba en facilitar la homologación estadística, debe estar contenida en un manual, cuya redacción podía correr a cargo de la misma comisión, y en el que, al lado de tal clasificación se estableciese precisas ilustraciones sobre las distintas formas de terminación propias "episodios finales" de cada una de las enfermedades mentales, así como un conjunto de reglas, para uso de las oficinas de estadística de los hospitales psiquiátricos, que permitiesen al estadistígrafo seleccionar entre las causas múltiples de defunción que pudieran figurar en los certificados aquella que debe tabular.

Recomendaciones

Las Primeras Jornadas Neuropsiquiátricas del Pacífico recomiendan: a) Que la ficha individual incluya: 1.º) El diagnóstico de la enfermedad mental; 2.º) El diagnóstico de la causa de la defunción; 3.º) El episodio final, en tres títulos independientes; b) Que la formulación del diagnóstico de la causa de la defunción se haga de acuerdo con la nomenclatura internacional vigente, y en forma que no sea incluído en el N.º 200 de esa nomenclatura; c) Que el diagnóstico de la intercurrencia tenga por base una precisa confirmación clínica y, a ser posible, por la verificación necrópsica; d) Que la comisión que se designe para el estudio de una clasificación sudamericana, comprenda, dentro de un manual para uso de los nosocomios mentales de la América Latina, las ilustraciones pertinentes a una mayor precisión estadística.

Dr. Eduardo Brücher

Psiquiatra del Manicomio
Nacional

Afecciones neuro-psiquiátricas de urgencia

He pertenecido estos últimos años a la Asistencia Pública de Santiago de Chile, institución que presta servicios de urgencia a los habitantes de esta capital, cualquiera que sea la naturaleza de la afección que sufran. En el quinquenio de 1931-1935 atendió 409.712 enfermos de los cuales 24.603 fueron de afecciones neuro-psiquiátricas o sea un 6%, dentro de ciertos grupos que se detallarán y que son los que más se observan en estos Servicios. He creído de interés, dedicándome a estas disciplinas, traer a estas Jornadas el detalle estadístico de estas afecciones con el complemento de los problemas médico-sociales más importantes que fluyen de cada grupo de afecciones.

En cuadros adjuntos encontramos los detalles numéricos de la cantidad de pacientes por grupos de Enfermedades, sus fluctuaciones anuales y su relación con el total de enfermos que sufren afecciones neuro-psiquiátricas.

Por orden de frecuencia se nos presentan las neurosis como el grupo más considerable, formando el 46.2% del total de estas afecciones neuro-psiquiátricas y habiéndose examinado en estos 5 años la respetable cantidad de 11.388 enfermos.

Se engloban en los Neurosis la simple excitación nerviosa, las crisis histéricas y aquellos fenómenos funcionales como la ambliopía y afasia funcional, de comienzos bruscos y que alarman considerablemente a los familiares. Cerca del 80% de estos enfermos pertenecen al sexo femenino y las causas que los hacen estallar son por lo general de naturaleza sexual o económica. Casos escepcionales obedecen a otras

causas como el temor y últimamente con motivo del Campeonato Sudamericano de Box, hubo una pequeña epidemia de crisis histéricas en boxeadores por causas mímicas (pequeños golpes, etc.).

Por lo general se hace desde el comienzo un pronóstico leve y con los tratamientos usuales (Eter Bromuros, Psicoterapia) se entrega rápidamente el paciente a los familiares. No obstante en casos excepcionales hay errores iniciales y las confusiones más frecuentes son con Ictus e Intoxicaciones.

El 2º grupo lo constituye la Epilepsia con un total de 3.694 enfermos y un 15% del total de Afecciones Neuro-psiquiátricas.

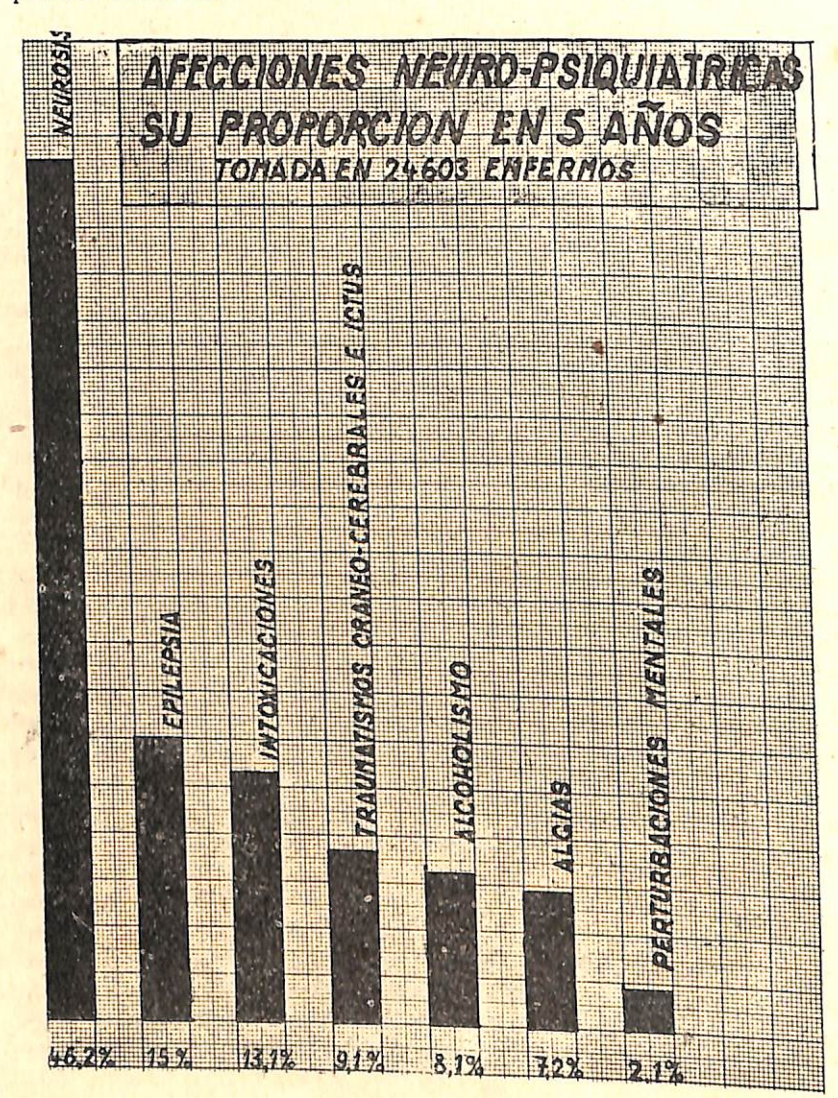
La precisión diagnóstica es el mayor escollo con que tropezamos los médicos de esa Institución; ya que nos encontramos por lo general ante un síndrome epiléptico. Los casos no muy frecuentes de epilepsias antiguas, que ya saben su tratamiento son, es claro, sencillamente resueltos. En cambio, cuando se trata del primer ataque, debemos determinar la causa que nos llevará a hacer tratamientos completamente distintos: desintoxicación en Epilépticos tóxicos (alcohol, medicamentosas, etc.), sangría, etc., en casos de Eclampsia; descompresión en casos de Epilepsia traumática encefálica reciente; luminal en casos de Epilepsia criptogenética, etc. La Epilepsia subintrante o mal epiléptico, a pesar de su carácter a menudo alarmante, cede, si bien no al luminal o gardenal, a la raquicentesis o en ciertos casos a la anestesia general.

El estudio posterior y completo de estos epilépticos se realiza en hospitales o Policlínicos, con los que nosotros mantenemos contacto personal o por intermedio de Visitadoras Sociales.

Un 12,2% de las afecciones Neuro-psiquiátricas lo constituyen las Intoxicaciones que englobamos en este estudio por formar parte de estas disciplinas la Medicina Legal, en donde forman un capítulo remarcable. En orden decreciente son los mercuriales, las intoxicaciones alimenticias, los barbitúricos (veronal), morfina, cocaína, estricnina, atropina, etc., los agentes causales de estos cuadros.

En la curva anual, puede observarse que paulatinamente, va aumentando la proporción de intoxicados y esto se debe no sólo a dificultades de orden afectivo o a perturbaciones mentales, sino al incremento del uso de tóxicos en nuestro país, que por fortuna está aun en su etapa inicial. Interesante es también hacer notar el aumento de estos intentos de suicidios en estos meses de fines de año, como si

las cabecitas femeninas que forman casi la totalidad de los intoxicados, quisieran liquidar anualmente sus preocupaciones sentimentales, tal cual los comerciantes en estos mismos meses incendian sus negocios para simplemente solucionar sus dificultades comerciales. Otro hecho general es que la ingestión del tóxico se debe a un impulso momentáneo, salvo algunos casos de cocaína y morfina, y otros escasos de perturbados mentales, estos se manifiestan en que prontamente dan todos los detalles de la intoxicación y requieren pronta atención.



Como tratamiento el lavado gástrico y los antídotos correspondientes en lo que se realiza. Por lo general van estos enfermos uno o dos días después sanos a sus casas o en pleno tratamiento a terminar su afección a un hospital.

Los Traumatismos craneo-cerebrales se agrupan con los Ictus Hemipléjicos, por ser a veces estos últimos consecuencias de los primeros y estar las diversas observaciones juntas en la Estadística. Forman el 9.1% de las afecciones Neuro-psiquiátricas y se han visto 2.248 enfermos con ellas en estos 5 años.

Son afecciones graves con 17% de mortalidad que han despertado justificado interés y dado lugar a varios trabajos, especialmente en lo que se refiere a los Traumatismos craneo-cerebrales. Y estos mismos trabajos han permitido standarizar la conducta a seguir.

En los casos de conmoción cerebral leve se usan inyecciones hipertónicas intravenosas y punciones lumbares repetidas y el pronóstico por lo menos "quo ad vitam" es denigno.

En los casos de traumatismos gravísimos que llegan en estado preagónico, no hay nada que hacer.

Por último, hay un tercer grupo más extenso e importante y es el de aquellos casos que requieren un tratamiento quirúrgico decisivo. En estos casos la observación prolija determina la oportunidad y sitio de la intervención.

Hay un marcado interés por perfeccionar las técnicas tanto operatorias como lo que se refiere a los métodos de examen y prolija observación; lo que es lógico ya que el incremento de estos traumatizados va paralelo a la mayor civilización y progreso.

En cuanto a los Ictus ya sea hemipléjicos o no, debe resolverse si se trata de un espasmo vascular, de un reblandecimiento o de una hemorragia cerebral. Una vez hecho el diagnóstico se hará el tratamiento de urgencia: Vasodilatadores, tónico-cardíacos, descompresión quirúrgica, punciones lumbares, una sangría o simple espectación, según el caso. Los tratamientos posteriores se efectúan en los Hospitales que es donde van en seguida estos enfermos.

Constituye el 5º grupo, un 8,1% y 1.988 enfermos el Alcoholismo. En este capítulo encontramos desde la embriaguez, la simple excitación alcohólica los delirios etílicos agudos hasta el deilrium tremens, etc. La inmensa mayoría de estos enfermos llega en los turnos nocturnos y en especial en días festivos. Es considerable también el número de enfermos, (cerca de 400 por año), si reflexionamos que llegan sólo aquellos en que el tóxico, adquiere características alarmantes.

La gravedad de estos cuadros, se produce por lo general en personas no habituadas al tóxico y por beber licores a base de esencias. Quiero dar el ejemplo, en este sentido, de un abogado recién recibido, que en una manifestación que se le dió con este motivo, bebió con exceso, presentando una gastritis hemorrágica, a consecuencia de la cual falleció, a pesar de la intervención oportuna.

Un 6º grupo lo constituyen las Algias de importancia neuro-psiquiátrica. Ellas son las Cefalalgias, Neuralgias centrales Neuralgias periféricas (Causalgias, zonas, ciáticas, neurítis, etc.), Neuralgias viscerales (crisis solares, crisis precordiales, etc.), constituyen el 7,2% de estas afecciones y se han visto 1.772 enfermos en el quinquenio. Comunmente se hace en la A. P. el tratamiento sintomático con morfina u otro calmante; pero no se deja nunca de dar indicaciones y de investigar el factor etiológico de cada caso.

Procesos infecciosos, reumáticos, diabéticos, focales, alteraciones endocrinas, digestivas, anafilácticas, tumores cerebrales, etc., dan como primer síntoma un algia de esta naturaleza, como hemos comprobado en muchos casos seguidos después en Policlínicos o en Hospitales. La falta de otros síntomas hace dificultoso un buen diagnóstico en un principio; pero es posible casi siempre dar una adecuada orientación y los enfermos obtienen así no solo la cesación momentánea de sus molestias sino el estudio posterior completo de su enfermedad.

En un último grupo incluímos las Perturbaciones mentales que constituyen un 2.1% de las Afecciones neuro-psiquiátricas y tienen 506 enfermos a su haber en cinco años.

Bajo este rubro maníacas, y otras afecciones menos frecuentes que llegan a la A. P. para poder ser ubicados, ya que el Manicomio tiene un número muy limitado de camas disponibles. Constituyen un difícil problema de ubicación, ya que es casi imposible dejarlos en la A. P., dado que no hay salas de aislamiento y en las Enfermerías molestarían a enfermos graves. En todos estos casos se hace tratamiento sintomático, como es natural y se les hospitaliza o devuelve a su hogar con instrucciones precisas dadas a sus familiares.

Para terminar dejamos constancia, que llegan a la A. P., otra clase de enfermos neuro-psiquiátricos; pero por venir esporádicamente y en escaso número no alcanzan a formar grupos. Añadiremos que las atenciones en la A. P., son totalmente gratuitas y el siempre creciente número de enfermos que llaman a sus puertas, es una señal clara y evidente de la confianza que ha conquistado en los habitantes de esta Capital.

	1931	%	1932	%	1933	%	1934	%	1935	%	Totales	%
Total enfermos atendidos.	74.904	×	77.966	×	84.102	×	82.342	×	90.398	×	409712	×
Total enfermos neuro - psiquiátricos atendidos....	4.655	6.2%	4.510	5.8%	4.836	5.7%	5.061	6.1%	5.541	6.1%	24603	6%
Neurosis..................	2.320	49.8%	1.986	44%	2.199	45.5%	2.370	46.8%	2.513	45.3%	11388	46%
Epilepsia................	705	15.1%	805	17.8%	742	15.3%	641	12.6%	801	14.5%	3694	15%
Intoxicaciones...........	548	11.7%	564	12.5%	556	11.5%	615	12.1%	726	13.1%	3009	12%
Ictus - traumatismos - cráneo - cerebrales.........	305	6.5%	371	8.2%	492	10.1%	507	10%	571	10.3%	2248	9%
Alcoholismo...............	493	10.6%	486	10.8%	356	7.3%	294	5.8%	359	6.5%	1988	8%
Algias....................	153	3.3%	183	4%	417	8.6%	536	10.5%	483	6.7%	1772	7%
Perturbaciones mentales..	131	2.8%	115	2.5%	74	1.5%	98	1.9%	88	1.6%	506	2%

QUINTO TEMA OFICIAL:

Normas recomendables para la elaboración de los informes de psiquiatría forense.
Relación del Prof. Nerio Rojas.
Relación del Prof. Jaime Vidal Oltra.

Crítica a un informe presentado en un juicio por infanticidio. Necesidad de crear un cuerpo de médicos legistas que secunden en debida forma la labor del magistrado.—SR. RAFAEL FONTECILLA.

Consideraciones sobre un caso de homicidio múltiple.—DR. JOSÉ MAX ARNILLAS.

Psico-análisis y administración de justicia.—SR. JUAN ANDUEZA.

Prof. Nerio Rojas

Catedrático de Medicina Legal de
la Universidad de Buenos Aires

Normas recomendables para la elaboración de los informes de psiquiatría forense

El tema de esta ponencia oficial, que los organizadores de las "Jornadas" me han encomendado, lleva implícito el inconveniente de su vaguedad. Y mucho me temo que por culpa de ello, agravado por mi incapacidad, mi trabajo adolezca de estos dos defectos: la inusitada amplitud de los asuntos en detrimento de su profundidad y la falta de un foco doctrinario para su mayor unidad. Y aunque celui qui s'excuse s'accuse, he de decir, siquiera en mi descargo, que a falta de otra orientación para el caso y movido por hábitos intelectuales de precisión, en lugar de una disertación general, retórica bajo su aspecto de sintética, he preferido una exposición analítica, descompuesta en sucesivos tópicos, no obstante que estos no podrían ser tratados con profundidad. Pero tal método tiene, en mi sentir por lo menos, la tentativa de establecer algunos puntos de orientación y referencia en la vastedad un poco oceánica del asunto.

I.—Cuestiones generales

El tema ha de abarcar, desde luego, los aspectos periciales de la psiquiatría en el fuero civil y en el penal. En ambas jurisdicciones, en diversos tiempos y en muchas latitudes, la psiquiatría es, sin duda, la parte de la medicina legal que ha suscitado más críticas y escepticismo en los medios judiciales. Los juristas han dicho a menudo cosas amargas

contra los alienistas y su ciencia. Entre ellos ha habido de todo, desde el autor que negaba a la psiquiatría utilidad forense y jerarquía científica hasta el magistrado que hacía él mismo el examen mental del sujeto y fundaba su diagnóstico contrario a los peritos, después de haber leido algunos libros de la especialidad. He de recordar los ya clásicos apóstrofes del jurisconsulto Troplong, que ridiculizando un poco los datos clínicos de los psiquiatras, decía: "Y se querría que nosotros, jueces, que tenemos en nuestras manos la libertad y la capacidad de las personas, hagamos depender de tan frívolos síntomas, estas grandes cuestiones en las cuales están comprometidos el honor de las familias, la sucesión de los bienes y los derechos mas caros de los hombres". Este exceso del famoso magistrado fué ya rebatido por Tardieu con el prestigio de su autoridad, y protestó contra el hecho injusto de que "los médicos en lo que se refiere al juicio sobre la alteración o la integridad de la razón, son sospechados no sólo por la opinión pública, lo que sería poca cosa, sino, lo que es mas grave, por la misma magistratura." (1).

Y no se diga que tal dato de esa polémica de hace casi tres cuartos de siglo, es hoy anacrónico, pues aquella disidencia, que suele enfrentar a jueces y peritos, persiste todavía. Ello ha dado este contrasentido: lo que puede llamarse una psiquiatría de médicos y otra de abogados. Es un mal endémico. A él se han referido en varias reuniones los alienistas franceses hace apenas un año y Toulouse pudo recordarlo diciendo: "Es necesario partir de este hecho: un gran malestar reina en el peritaje psiquiátrico, que es a menudo atacado, aún ridiculizado, y no inspira una confianza en relación con el crédito que la justicia y la opinión están obligados a acordar a la psiquiatría". (2). Bajo esa corriente de ideas, la Cámara del Crimen de Buenos Aires, al fallar en un homicidio en cuya causa fuí perito, afirmó con argumentos nebulosos o desaprensivos que la psiquiatría, "ciencia nueva", carece de ciertos elementos "que den carácter de certidumbre a sus conclusiones", pues varían según los autores y los países, "haciendo nacer escuelas que se combaten encarnizadamente", en ella "no existe una terminología única", "los fenómenos" no tienen "una separación neta entre sí", "un fenómeno presenta síntomas comunes a muchos fenómenos de etiología opuesta", hay casos en que falta "un síntoma netamente diferencial", se ha destruído

(1) A. Tardieu: *Etude médico-legale sur la Folie.* — París, 1872.
(2) *Annales de Médecine Légale.* Año 1935, pág. 163.

hoy el valor de estudios de años atrás, etc. (3). En una palabra, se dan caracteres que parecen responder a cierto escepticismo agnóstico aplicable a todo el conocimiento humano, incluso las ciencias jurídicas, desde luego, o evidencian la desorientación técnica de quienes, sin base clínica, creen que la psiquiatría puede ser comprendida con un simple bagaje de biblioteca. Porque lo inquietante es que todo esto, que no hace sino evidenciar las dificultades de esta especialidad para los mismos alienistas, resulta que aparece como justificativo para la improvisación libresca de algunos jurisconsultos y magistrados, que naturalmente deben saber menos que nosotros.

II.—Cuestiones procesales

El tema comprende numerosas cuestiones y ellas pueden ser divididas en dos grupos. Uno se refiere a normas periciales previstas o implicadas en los textos legales, ya se trate de leyes especiales o de Códigos de Procedimientos. Son, pues, cuestiones procesales. El otro grupo comprende las normas ya de orden técnico, consagradas o aconsejables, que deben seguirse como método en la clínica pericial para el informe psiquiátrico.

Veamos primero las cuestiones procesales.

I. Por lo pronto, debemos con lealtad confesar dos hechos imputables a los médicos, que han contribuído a cierto desprestigio o dudas sobre el peritaje psiquiátrico. Uno es la frecuencia con que informan sobre alienación mental, médicos de otras especialidades y poco aptos como alienistas. Otro es la situación de ciertos peritos nombrados a propuesta de una de las partes y que con abandono de todo deber legal y moral se convierten a costa de la verdad, en aliados de quien los propuso. No he de comentar mayormente estos dos hechos, sobre los cuales todos estaremos de acuerdo para criticarlos. En efecto, como lo he dicho en otra parte, "el deber en un peritaje es decir la verdad, pero ello es necesario para primero, saber encontrarla, y después, querer decirla. Lo primero es un problema científico, lo segundo es un problema moral." (4).

Para remediar esa situación, es buen procedimiento la legislación que establecen las listas oficiales de peritos especializados. Una ley de 1934 lo ha reglamentado así para los tribunales de la ciudad de Buenos Aires, imponiendo

(3) *Gaceta del Foro.* Buenos Aires, Septiembre 6, 1926. Causa Ruffet.
(4) N. Rojas, *Medicina Legal;* t. I, pág. 44. Buenos Aires, 1936.

el diploma especial o la dedicación notoria en medicina legal para ser perito de oficio o de las partes, ley que no se cumple estrictamente. La especialización psiquiátrica la exige el Código de Procedimientos de la Provincia de Buenos Aires, en juicios de insania, para el perito tercero en caso de disidencia de los primeros. Esa especialización ha sido también consagrada en muchos países por leyes, decretos o prácticas judiciales (Francia, Italia, Alemania, etc.) Ese es el buen procedimiento, pues da garantías técnicas y éticas. Lo mejor es establecer las listas judiciales de peritos, sin perjuicio de los médicos forenses fijos y a sueldo del Estado. Pero para el peritaje psiquiátrico, no debe, como erróneamente se estableció en Italia, limitarse los nombramientos a los exclusivamente alienistas, pues además de ellos, deben y pueden intervenir los médicos legistas de verdad.

II. Una cuestión procesal últimamente agitada es el mal llamado "peritaje contradictorio", o sea el derecho reconocido a la parte en el juicio penal desde la instrucción o sumario, para proponer su perito, el cual deberá actuar con el nombrado de oficio. El sistema ha sido desde hace años establecido en Italia, existe en muchos países y nosotros en la Argentina lo tenemos dentro de una relativa liberalidad, pues el derecho de las partes de un juicio para proponer un perito médico es reconocido tanto en lo penal como en lo civil, en forma y con restricciones en cuyos detalles no entraré. El sistema no ha sido causa de inconvenientes y los que se han presentado alguna vez no son imputables al régimen en sí, sino a la incorrección de algunos peritos que no son imparciales por el hecho de haber sido propuestos por una de las partes. Esta falta de corrección en el peritaje puede aparecer con cualquier sistema, aún con los nombrados de oficio, pues por desgracia existen los médicos a los cuales Ottolenghi llamó "peritos delincuentes".

Como se sabe, todo este problema ha sido ampliamente discutido en Francia hace poco tiempo en varias ocasiones, con la intervención de Toulouse, Claude, Raviart y Vullien, Donnedieu de Vabres, Chapentier, Heuyer, etc., pues allí no existe esa forma de peritos de parte. Han predominado allí las razones en contra de ese llamado "peritaje contradictorio", en materia psiquiátrica y en el fuero criminal, y el XIX Congreso de Medicina Legal emitió un voto categórico en ese sentido (5). Pero los argumentos invocados no me parecen valederos y en todo caso la experiencia ar-

---

(5) *Annales de Médecine Légale;* año 1935, pág. 299. Ver también año 1934, pág. 224, 332, y 1935, pág. 145.

gentina y de otros países no invalida aquel sistema de peritaje, amparado por lo demás en la norma procesal de los derechos de las partes y las garantías de la defensa en juicio.

Ese examen mental del acusado, con intervención de peritos de oficio y de las partes, todos especialistas, es el ideal y debiera ser efectuado en todas las causas criminales. A ello se acercan los países cuyas leyes por lo menos lo establecen para las medidas de seguridad y la determinación de la peligrosidad, como en el moderno Código de Italia y el proyecto del Brasil de 1934. Y desde luego, en todos los países cada vez que se plantea de oficio o por la defensa el problema de una eximente psíquica como causa de absolución. Además de eso, en la ciudad de Buenos Aires, una ley especial (Ley 11.177) establece que "Cuando al procesado se impute un delito reprimido con reclusión o prisión de más de diez años, el juez requerirá informe médico sobre su estado mental y capacidad para delinquir", medida que tiende a evitar la injusticia de condenar a un enfermo mental insospechado.

III.—Una dificultad suele presentarse al perito: la negativa o resistencia del enfermo o de su familia a la realización del examen. El hecho es más común en los casos civiles. Pero en cualquier fuero, la situación puede tener distintas formas y brevemente voy a analizarlas.

A veces se trata de un caso difícil, que conviene observar en un ambiente adecuado y hacer vigilar con personal competente; en un caso dudoso, por ejemplo, cuando se sospecha simulación o disimulo de locura. En tales circunstancias, el perito tiene derecho a solicitar el traslado del sujeto a un establecimiento psiquiátrico, donde podrá estudiarlo mejor, tener datos ciertos sobre su comportamiento fuera del examen del perito, alejado así de la influencia y el interés de su familia, que suele ser perturbadora en ciertos juicios de insanía, y substraído de la cárcel y de sugestiones de otros procesados o guardianes, que suelen ser fuente de simulaciones en algunos juicios penales. En el caso criminal, el sitio adecuado será el Anexo Psiquiátrico, en la forma establecida en Bélgica por la Ley de Defensa Social bajo la influencia meritoria de Vervaeck, situación que no existe en otros países. En algunos estados norteamericanos, como en Nueva York, hay establecimientos especiales. En otras naciones eso se hace en los manicomios judiciales, o en los comunes con una sección adecuada, o cuando no se trata de formas ruidosas o evidentes, en la misma prisión ordinaria.

Otras veces y esto suele suceder en lo civil, al perito no se le permite examinar a la persona en cuestión. Si el

perito no tiene éxito en sus gestiones, debe poner el hecho en conocimiento del juez para estas dos soluciones igualmente legales: la orden para entrar en el domicilio con auxilio de la fuerza pública o la internación judicial de la persona en un establecimiento especial

En otras ocasiones, se trata de la resistencia del examinado a someterse a ciertas pruebas o análisis que el perito cree conveniente realizar. En el peritaje psiquiátrico es aplicable también la norma procesal genérica: sólo hay derecho a practicar aquellos métodos de investigación que no son peligrosos o muy molestos. Alguna vez, la jurisprudencia argentina ha ido hasta el exceso de aceptar la negativa a la extracción de unas pocas gotas de sangre por punción digital para determinar el grupo sanguíneo de un supuesto padre en un juicio de filiación natural, exceso que en otra ocasión he criticado. (6) En el peritaje psiquiátrico el conflicto puede plantearse con la punción lumbar, operación que no debe efectuarse contra la resistencia violenta del examinado, por ser en ese caso abusiva y peligrosa. Con todo, puede aceptarse una excepción a tal norma abstencionista: cuando se trata de un alienado evidente, porque entonces su negativa pierde valor moral y legal, y suele ser otro síntoma de su enfermedad. Pero en ese caso, para los fines medicolegales, el resultado del análisis humoral resulta menos importante y pueden bastar al perito los datos de su examen clínico.

Esto se vincula con ciertos principios de nuestros regímenes liberales consagrados por las Constituciones, como el de libertad de defensa: nadie puede ser obligado a declarar contra sí mismo, la supresión de las torturas, etc. El derecho del perito en su investigación está limitado por aquellos postulados básicos, conflicto doctrinario y práctico, analizado en la Argentina, entre otros, por A. Raitzin (7), como médico, y por Kraiselburd (8), como jurista, siendo ambos, en especial el segundo, partidarios de una mayor libertad judicial y por consiguiente, pericial. En cambio, en Francia, Simonin y Provent, médico y abogado, respectivamente, analizando la jurisprudencia, opinan que el perito

(6) *Archivos de Medicina Legal*; Buenos Aires, año 1931, pág. 196. En cambio en otro juicio en que actué como perito —anulación de matrimonio por impotencia de la mujer — la Cámara no hizo lugar a la negativa al peritaje y examen ginecológico, indispensable en ese caso. (*Gaceta del Foro*. Buenos Aires, t. 113, p. 53.)

(7) *Archivos de Medicina Legal*; Buenos Aires, año 1933, pág. 225.

(8) *La confesión o procedimiento para obtener la declaración de los procesados o constatar su veracidad*; La Plata, 1936, 1 vol.

"no puede nada contra la resistencia de un acusado" y si ejerce violencia puede caer en el delito. (9).

En general, con independencia de teorías o discusiones, me parece que los casos posibles en el peritaje psiquiátrico deben resolverse de acuerdo con esta norma: 1º buscar la conformidad del enfermo para todos los casos, lo que a menudo el perito obtiene con constancia, autoridad y dialéctica; 2º efectuar, aún sin consentimiento, las pruebas útiles que no sean dolorosas o peligrosas o muy molestas, y abstenerse de las investigaciones que tengan estos inconvenientes, si no hay conformidad del examinado, pues esa conducta coincide con lo establecido por la jurisprudencia; 3º arriesgarse, aún contra la voluntad del sujeto, si éste es un alienado franco, evidente, siempre que la investigación sea indispensable o muy importante y sin mayor peligro; 4º con o sin consentimiento, abstenerse de pruebas clínicas peligrosas y hacer las que sean decisivas, fundamentales o irreemplazables; 5º abstenerse de realizar por violencia o imposición aquellas pruebas cuyos resultados pueden cambiar por esas causas psicofísicas del examinado, como pruebas farmacodinámicas o el uso de test, por ejemplo; 6º en caso de negativa a una investigación importante, sin solución en las normas anteriores, abstenerse y dejar constancia del hecho en el informe o someter el caso a la decisión del juez

En el peritaje mental los hechos son poco frecuentes y la resistencia al examen, por la actitud del enfermo, sus argumentos, etc., es casi siempre un síntoma más que el perito sabrá valorar: un perseguido, un hipocondríaco, un demente. Sin embargo, pueden presentarse otros hechos, en cuyos detalles no entraré por razones de tiempo, pero que aludiré brevemente. Es el caso del diagnóstico químico de la ebriedad por la dosificación de alcohol, ante el cual no soy tan abstencionista como Simonin y Provent, y creo que puede hacerse la investigación en la orina, pues siempre se podrá recoger el líquido de la micción normal del sujeto. (10) Respecto de la punción lumbar, ya hemos visto las soluciones. Con fines de diagnóstico, Claude y otros autores han empleado una narcosis mitigada con éter, u otros procedimientos análogos, para liberar ciertos complejos anulando la censura, pero tal método creo que en caso de negativa no debe ser usado en medicina legal, donde carece de mayor utilidad y no es desde luego indispensable. Dudas análogas pueden presentarse a propósito del hipnotis-

(9) *Annales de Médecine Légale*, año 1926, pág. 304.
(10) N. Rojas, *Psiquiatría Forense*. Buenos Aires, 1932.

mo. Es una vieja cuestión que apasionó en un tiempo en el mundo clínico y forense. No ahondaré su estudio que abarca una profusa bibliografía, pues ella sola requeriría una ponencia y todavía más. Pero limitado el problema al punto que estoy comentando, diré que el perito puede sentir la necesidad de emplear el hipnotismo en varias circunstancias y especialmente en tres situaciones: 1º para diagnóstico en caso sospechoso de histeria, en un acusado o en un accidente de trabajo; 2º en la hipótesis—rechazada por muchos—de un delincuente que dice haber cometido el hecho en estado hipnótico, como en el juicio en que Voisin fué perito y aceptó el hecho; 3º en la situación de una mujer que afirma haber sido violada en tal estado, como en la causa seguida contra el dentista Levy y en la cual fué perito Brouardel. En esta clase de hechos, ampliamente estudiados por Charcot, Binet, Feré, Liegeois, Babinski, Bernheim, Morselli, Ottolenghi, Wund, Kraft Ebing, etc., será necesario "establecer: 1º que el sujeto es hipnotizable; 2º que ha sido hipnotizado; 3º que ha sido víctima de la sugestión que él imputa", como lo concreta Chavigny (11). Pero, dejando de lado el problema de si el perito tiene derecho a usar ese medio de diagnóstico para arrancar la verdad a un acusado—y yo creo que no lo tiene—hay que considerar otros aspectos. Algunos autores sostienen que el método debe usarse sin escrúpulo cuando el acusado solicita su aplicación. Con los mismos argumentos, habrá que aceptar que puede ser usado cuando aquel lo consiente libremente. Pero en este asunto, no debe olvidarse que la oposición del sujeto es un obstáculo psicológico que casi siempre hace imposible la hipnosis; que las manifestaciones hechas en este estado tienen muy escaso valor judicial probatorio, por no ser normal, y que ellas pueden ser consecuencia de la sugestión o de la simulación, sin contar los posibles riesgos de la experiencia, todos aspectos ampliamente discutidos. Hay otros procedimientos, como los llamados jactanciosamente "suero de la verdad" de House y "detector de mentiras" de Larson, o la reacción motora de Luría o el mismo reflejo psicogalvánico, que son de escasa aplicación para el perito, de discutible exactitud en sus deducciones y en todo caso de mayor aplicación policial que médica. (12).

IV.—Otra duda relacionada con normas procesales es la que se refiere a las fuentes de información a que debe recurrir el perito. El problema tiene dos aspectos: uno es

(11) P. Chavigny: *Diagnostic des Maladies simulées.* París, 1921, p. 179.
(12) Emilio Mira López: *Psicología Jurídica.* Barcelona, 1932.

la información técnica, cuando el perito recurre a otros médicos para completar el examen; otro es la información de testigos extrajudiciales, cuando el perito recoge los antecedentes entre la familia o relaciones del examinado. Aunque ambos son de un interés genérico pueden plantear dudas especiales en el peritaje psiquiátrico.

El primer aspecto se refiere, por ejemplo, al caso de un perito que recurre a otro médico especialista para hacer una punción lumbar y el análisis correspondiente, o un examen de fondo de ojo o un electrodiagnóstico, o un examen laberíntico, o una radiografía, etc. Yo considero que aún sin expresa autorización del juez, el perito tiene derecho a esa colaboración, sobre todo si se trata de una información complementaria y no de casi todo el peritaje; si es un problema de pura especialización y si todos los peritos están de acuerdo en la elección del colega. Deberá decirse en e informe los datos de esa colaboración y reducirla a los límites de una consulta, con cambio de opiniones y correlación por los peritos con los otros elementos de juicio. Cuando los peritos no se ponen de acuerdo, cuando el punto consultado es de una importancia tal que por sí solo decide las conclusiones, cuando el asunto es de excepcional trascendencia, puede ser oportuno el pedido al juez para agregar y nombrar un especialista.

Esta cuestión, aunque parece simple, ha planteado algunas controversias judiciales. En Francia, ha habido sentencias contradictorias; alguna vez se reconoció el derecho de recoger esos informes de un especialista; en otra se anuló el peritaje, que casi se reducía a la reproducción del informe del colega, cuestiones que han sido comentadas por Duvoir y por Müller (13). El caso se me ha planteado en Buenos Aires, con motivo de un peritaje de filiación natural, en el cual habíamos recurrido como complemento y en consulta, por pedido del mismo enfermo, al examen instrumental de la uretra estrechada por cicatrices, el que preferimos dejar a las manos de un especialista. La anulación solicitada por una de las partes, entre otras razones por esa colaboración, no fué aceptada por el juez Dr. Quesada. Lo que no debe el perito es hacer una delegación completa de funciones sobre cuestiones absolutamente decisivas o que constituyen todo el peritaje o poco menos.

El otro aspecto es el de la investigación de antecedentes del caso. En eso el perito debe ser muy prudente y parco, primero porque a menudo será inducido en error por datos interesados y falsos, lo que es frecuente entre las pa-

(13) *Annales de Médecine Légale;* año 1934, pág. 72, 151, 152.

siones familiares agitadas alrededor de los alienados en los juicios civiles, y segundo porque su investigación puede exceder los límites de su derecho como perito. En caso de buscar antecedentes, debe hacerlo con el máximo de contralor y siempre será preferible que él se atenga a sus propias comprobaciones del examen directo de la persona y en todo caso también a las constancias directas de testimonios o documentos del mismo expediente judicial. En este asunto, el perito debe acostumbrarse a "abrir los ojos y cerrar los oídos", buena norma que inspirado en Devergie he incluído en mi "Decálogo médicolegal" (14). En esa investigación, el perito deberá dar principal importancia a los informes oficiales y los de otros médicos, y será mejor que éstos sean dados por escrito y si es posible como declaración jurada en el juicio. Esto último es lo que he aconsejado algunas veces. Hay peritajes cuya naturaleza exige la investigación de antecedentes, porque se refieren al estado mental en un momento ya pasado y a veces en un juicio póstumo, como en los de anulación de un testamento.

Dentro de ciertas limitaciones, la Corte de París, revocando al inferior, ha reconocido al perito el derecho de recoger informes directamente (15). Eso se hace corrientemente, por lo demás; pero el perito debe decir sus fuentes en el informe, y en todo caso no debe lanzarse en una investigación demasiado complicada, con muchos testigos privados y mucho menos basar su opinión sólo en esos datos extrajudiciales. Esa restricción a los derechos de investigación del perito, que si es exagerada quita valor al informe, ha sido rotundamente afirmada una vez por la justicia bonaerense en un sonado juicio de anulación de matrimonio por alienación mental, para sostener, sin duda con exceso, que el perito "debe limitar su dictamen a la apreciación científica que derive de los hechos y antecedentes constatados en autos" (16). En este caso el perito se había extralimitado, pero considero que esta jurisprudencia es demasiado restrictiva.

V.—Un punto interesante es la simultaneidad del trabajo de los peritos. Diversos Códigos de Procedimientos

(14) *Anales del Instituto de Medicina Legal*. Buenos Aires, 1928 y *Medicina Legal*, 1936.

(15) *Annales de Médecine Légale;* año 1934, pág. 67 y 151.

(16) *Gaceta del Foro;* tomo 200, Septiembre 2, 1932.

Como Jofré lo recuerda, si el perito se basa «en hechos sacados del proceso», el juez apreciará mejor si éstos «han sido apreciados en su conjunto y en su verdadero sentido; manifestar a los profesores donde está su error», según las palabras de Mittermaier.—T. Jofré; *Manual de Procedimiento*, Buenos Aires, tomo II, pág. 110.

prescriben que los peritos practicarán juntos las operaciones y exámenes, con lo cual se busca la garantía del contralor recíproco. La norma es excelente, pero en el peritaje psiquiátrico puede comportar inconvenientes.

En efecto, hay enfermos a los cuales no se debe examinar siempre en forma simultánea, con todos los peritos reunidos, sobre todo si son muchos, con algunos que interrogan y otros que toman notas. En esa forma los resultados del examen son negativos o deformados por esa situación. Es lo que sucede, por ejemplo, con un débil mental, que se intimida e inhibe ante un cónclave semejante, o con un delirante perseguido, que disimula ante todos reunidos y en cambio llega a hacer confidencias concluyentes a solas con uno de los peritos. Siguiendo ese procedimiento, con la conformidad de los colegas en un juicio en que actuábamos cinco peritos, obtuve yo en una sola conversación con un delirante disimulador, más elementos de convicción que en todas las reuniones anteriores con los colegas.

En vista de estas exigencias del peritaje psiquiátrico, conviene saber que la norma general será trabajar juntos, pero que esto no ha de entenderse en un sentido absoluto. Bastará con que los peritos actúen juntos al comenzar el examen del sujeto, aunque, dado que el examen mental requiere casi siempre varias entrevistas, algunas visitas sucesivas sean hechas separadamente, siempre que se comuniquen sus resultados y vuelvan a reunirse más tarde para cambiar opiniones, sobre todo en una reunión final para la preparación del informe.

A diferencia de otros peritajes, examen químico de manchas o autopsias, etc., en los cuales el trabajo conjunto es esencial e ineludible, en el de índole psiquiátrico no es necesario que todos los actos sean con la presencia de todos los peritos. Lo que las leyes procesales han querido en estas funciones es la garantía de un contralor recíproco, sobre todo si hay peritos de parte, pero eso se logra también en la forma menos rigurosa que antes he aceptado como correcta. Pero entiendo que esa liberalidad no debe mantenerse cuando hay desacuerdo entre los peritos en ese punto. Y de cualquier modo, si un perito ha comprobado un síntoma mental estando solo, debe informar a sus colegas para ratificarlo juntos. En síntesis, la ausencia de algunos peritos en ciertos exámenes, si en general han trabajado juntos y cambiado ideas durante el tiempo de la tarea y discutido sus respectivas opiniones, no es motivo para anular el peritaje.

III.—Cuestiones técnicas

No voy a detenerme mucho en el análisis de estas cuestiones técnicas o sea las de índole estrictamente médica de aplicación pericial. Y no lo haré porque el examen del enfermo en la función medicolegal no tiene un método propio, ajeno al método corriente de la psiquiatría. Krafft Ebing, autor con quien a veces debemos disentir, pero a quien hay que citar siempre como un clásico, ya había hecho notar que "los elementos del diagnóstico médicolegal son los mismos que se hacen a la cabecera del lecho del enfermo: pertenecen a la psiquiatría clínica". (17).

Pero no hay que tomar esta afirmación muy al pié de la letra. En psiquiatría, como en todas las otras ramas de la patología, el problema médicolegal no es igual al puramente clínico. Para el perito hay siempre un problema clínico cuando se trata de un enfermo, pero él tiene para su función una atmósfera jurídica y una intención judicial. Aunque el método para examinar al enfermo pueda ser el de la medicina corriente, dada la finalidad de su peritaje, él debe trabajar y aplicar al caso otro criterio: el criterio médicolegal, que es clínico y forense a la vez. No se trata, aunque sea un alienado, de encontrarle el mejor tratamiento para su curación, sino de resolver su situación ante determinados artículos de un Código, no sólo en el presente, sino en el porvenir y sobre todo y con frecuencia en un momento pasado, para saber su estado mental cuando cometió el delito o cuando contrajo matrimonio o redactó su testamento. La psiquitría forense desborda, pues, el área de la clínica psiquiatríca, si bien ésta debe ser su centro. El perito debe conocer la ley y su doctrina, para cuya aplicación es necesario su dictamen técnico sobre el sujeto en cuestión en el juicio. Y por ignorarla o no tenerla en cuenta sucede que algún peritaje resulta incompleto o inútil o confuso o contraproducente.

Un ejemplo será concluyente en este punto. Suele suceder que un perito, ignorando u olvidando los nuevos conceptos sobre peligrosidad en la medida de las penas se dedica en su informe a destacar y hasta exagerar de hecho y de buena fe ciertos desequilibrios psíquicos del procesado con la creencia de que esa comprobación clínica auténtica servirá con toda razón como atenuante. Y resulta todo lo contrario, pues tales datos son elementos de mayor peligrosidad y hacen agravar la pena.

(17) R. von Krafft-Ebing, *Medicina Legal;* Madrid (trad. española) Tomo I, pág. 53.

I.—Hecha esta aclaración previa, veamos en concreto algunos puntos. Uno que considero fundamental es la necesidad de tener un concepto de la alienación mental, pues este estado es el eje doctrinario y práctico del peritaje en psiquiatría.

En este asunto no comparto la opinión un tanto escéptica de Krafft Ebing, que dijo: "El diagnóstico de la enfermedad mental considerado desde el punto de vista teórico, abstracto, es casi imposible, pues supone una definición de la enfermedad mental. Se la ha ensayado, no lográndose jamás de manera satisfactoria" (18), y de Legrand du Saulle, que dijo: "Habría temeridad en definir aquí la locura en términos generales: Omnis definititio periculosa" (19). En cambio, me adhiero a quienes propugnan las ventajas de esa definición, como Sante de Sanctis, quien afirmó: "El estudioso debe tener bien claro en la mente el concepto de locura" (20), y de los que han propuesto una definición, como mi maestro Dupré. (21).

De acuerdo con ese criterio, yo me he permitido concretar hace algunos años la definición siguiente: "alienación mental es el trastorno general y persistente de las funciones psíquicas, cuyo carácter patológico es ignorado o mal comprendido por el enfermo y que impide la adaptación lógica y activa a las normas del medio ambiente, sin provecho para si mismo ni la sociedad" (22). De los cuatro elementos de esta definición, los mas significativos u orientadores son la falta de conciencia del estado y la pérdida de adaptación, dentro de un trastorno de toda la personalidad.

No me detendré a comentar esta definición, pues podría parecer una debilidad de padre. Me limitaré a decir que ella ha sido en general bien acogida y circula ya en trabajos de otros autores. Y agregaré que ella me ha dado la orientación para formarme un criterio en presencia de casos dudosos en la clientela privada y en peritajes medicolegales. Porque la utilidad no se evidencia en los casos francos de enajenación mental, sino en los limítrofes, fronterizos, esa zona mediana que tantos autores han estudiado y que nos plantean precisamente las mayores dificultades

(18) Ob. cit.; pág. 53.
(19) Ob. cit.; pág. 37.
(20) De Sanctis y Ottolenghi; *Tra'atto Practico di Psicopatologie Forense;* Milan, 1920; t. I, pág. 286.
(21) *Bulletin Medical;* Febrero 1904.
(22) *Anales del Instituto de Medicina Legal*, 1928, y N. Rojas: *Psiquiatría Forense*, 1932.

a los peritos y a los jueces. El mayor escollo, tanto en materia penal como civil, suele consistir en ciertos casos en esclarecer si un sujeto es un alienado o un simple anormal fronterizo. Es evidente que la mayoría de las veces es imposibles establecerlo si no se tiene un concepto concreto sobre el punto. Y esto no lo puede dar sino una definición. La que he propuesto me parece exacta y práctica. Porque éste no es un problema filosófico, sino pragmático y de estricta aplicación clínica y forense.

II.—Debo decir algo sobre el método del examen en el peritaje psiquiátrico, pero sin entrar en minucias, pues me dirijo a especialistas. Repetiré que en general bastará el método clínico corriente, si él es bien llevado y agotador. Un buen examen mental y físico, completo, debe ser la base del informe. Pero en psiquiatría forense no hay que olvidar lo siguiente: la posibilidad de simulación del enfermo y de mala fé de la familia y del abogado al dar los antecedentes. He ahí dos serios obstáculos excepcionalmente encontrados por el alienista privado.

De la anamnesis tendenciosamente falsa ya he hablado y no insistiré. En cuanto a la simulación de enfermedades mentales, no me detendré por ser un tema demasiado vasto y conocido. Recordaré tan solo que puede tratarse de simulación de locura y también de su desimulo o simulación de salud. Las eventualidades son las siguientes: 1º, simulación de locura por una persona normal y después del hecho motivo del juicio, delito o acto civil que busca anular; 2º simulación previa, preparando ya el delito; 3º simulación como reacción propia de ciertos anormales; 4º simulación de una enfermedad mental por un alienado de otra forma clínica (sobresimulación de Ingenieros); 5º prolongación de síntomas mentales de una psicosis ya curada (metasimulación de Porot); 6º disimulo de la locura para evitar la declaración de incapacidad civil; 7º alienado real tomado por simulador.

El método pericial debe ser minucioso y prudente. Diversos autores han propuesto métodos de exámen, sobre todo para el juicio penal. Me limitaré a recordar algunos de ellos. Krafft Ebing en su obra ya citada ha dado normas poco diferentes de las comunes en clínica. Weygandt propone un plan para el informe con introducción, antecedentes, exploración y observación (con exámen psíquico analítico a base de preguntas determinadas y ciertas pruebas concretas y con análisis de la "posición psíquica del explorado frente al delito cometido") y después discusión y conclusiones

(23). El americano Lowel Selling, aconseja el examen en ambiente apropiado, "sin aparatosidad", entrevistas repetidas, buena investigación de antecedentes, reacciones humorales, examen minucioso, "psiquiátrico, psicológico, antropológico y criminológico" y acepta la colaboración de psicológos experimentados (24). Tanzi, considera que el examen psiquico pericial "por otra parte como en toda otra investigación clínica, se practica gracias a la observación y a los experimentos", o sea pruebas o tesis especiales, y describe un método analítico de examen de cada una de las funciones sin mayor originalidad o novedad (25). Ottolenghi opina que el método debe ser inductivo y objetivo, con "examen directo" del sujeto y "examen indirecto" a base de antecedentes, siendo mas importante el primero, para lo cual se procede al examen antropopsicológico, clínico y sociológico, a base de observación personal con buena semiología, interrogatorio, empleo de pruebas y test, estudio de documentos, etc., y destaca, para lo penal, de acuerdo con la tendencia predominante en su país, el valor de los signos somáticos y el análisis psicológico del acto delictuoso (26) Ruiz Maya en su densa obra, sintetiza su modo de proceder: observación directa del sujeto en entrevistas previas, después "exploración reglada y directa" con un plan standard con preguntas prestablecidas para cada función, completado con el método de Rorscharch y psicoanálisis, escritos; ambiente social y por fin el "diagnóstico retrospectivo", en relación al momento del delito, y el estudio de lo que el llama "peligrosidad" si se trata de la capacidad (27). Kretschmer, basado en sus conocidas ideas, ha propuesto lo que él llama "psicobiograma", para la determinación del tipo criminológico, y de los tipos somático, del temperamento y el sociológico, método menos práctico que los anteriores (28). Han hecho indicaciones metodológicas también otros autores, como Haely, Vervaeck, Lacassagne, Claude, y los argentinos Taborda y Raitzin. De los que he mencionado, me parecen excelentes el de Ottolenghi y el de Ruiz Maya. Pero en este asunto diré, repitiendo lo que he dicho en otra ocasión: "No crea el improvisador en esta materia que todo

(23) W. Weygandt: *Psiquiatría Forense* (trad. española del alemán), Barcelona, pág. 99.
(24) Lowel S. Selling: *Diagnostic Criminology;* Michigan, 1935; pág. 47.
(25) Eugenio Tanzi: *Psichiatria forense;* Milán, 1911, pág. 490.
(26) De Sanctis y Ottolenghi: op. cit.; t. II, pág. 1091.
(27) M. Ruiz Maya; *Psiquiatría Penal y Civil;* Madrid, 1931; págs. 251 y 808.
(28) E. Kretschmer: *Manuel de Psychologie Médicale,* (trad. francesa); París, 1927; pág. 417.

está resuelto con leer esta guía, en cada ocasión, como quien consulta el Baedeker para no perderse en una ciudad desconocida" (29).

III.—Deseo ahora dar siquiera una opinión, ya que no puedo detenerme a discutirlas o comentarlas, sobre dos métodos de examen que por su frecuencia o su actualidad han adquirido importancia: los tests mentales y el psicoanálisis. Apenas dos palabras sobre cada uno.

Es evidente que suele abusarse de los tests con la creencia ilusoria en su valor casi matemático. Nadie puede discutir que ciertas pruebas o recursos experimentales, de los cuales hay tan numerosos para cada función mental, son útiles para el clínico y pueden serlo también para el perito, que encuentra así una manera cómoda de simplificar su análisis y dar una demostración al juez. Pero sus resultados no son absolutos. Y lo son mucho menos los métodos sintéticos o los de escala con los cuales se pretende "medir" la inteligencia de los adultos (Binet y Simón, Terman, Vermeylen, de Sanctis, etc.). Sin negar el valor de esas pruebas en pedagogía, en medicina del trabajo, en medicina militar, incluso en psiquiatría infantil, creo que en psiquiatría forense no pueden ser empleados como si fueran de valor absoluto y deben ser tan solo un complemento del examen psíquico habitual, complemento provechoso sin duda, pero jamas indispensable y mucho menos exclusivo. Esos métodos no pueden ser la única base de una conclusión pericial, exageración que he visto alguna vez para la debilidad mental. Me amparo para estas reservas en la opinión de Dupré y en la del mismo De Sanctis, opinión prudente de base clínica que propugnaron también en la Argentina, Ameghino y Ciampi (30).

Las aplicaciones del psicoanálisis en el mundo judicial son todavía de escaso valor. Ellas han sido difundidas no por Freud, sino por otros, y conviene destacar las obras de Ferenczi (31), de Alexander y Staub (32) — que el propio Freud me recomendó cuando lo visité en Viena en 1930 — y la de Camargo y Marín (33). Sobre esta materia, por el mérito de su objeción crítica y su revisión bibliográfica, conviene leer la ponencia de Genil Perrin y la pertinente

(29) Prólogo del libro de A. Raitzin, *Las Pericias Médicolegales sobre Alienados;* Buenos Aires, 1929.

(30) Congreso Médico del año 1926, Buenos Aires.

(31) *Revista Médica*, de Barcelona, 1929.

(32) *Der Verbresher und seine Richter;* Viena 1929.

(33) *El psicoanálisis en la doctrina y en la práctica judicial;* Madrid, 1931.

discusión en el XVII Congreso francés de medicina legal (34).

No entraré a discutir este vasto y atrayente problema. El psicoanálisis promete — con rotunda audacia revolucionaria — ideas nuevas sobre la patología mental, sobre el examen psiquiátrico, sobre el interrogatorio médico y judicial de los acusados, sobre un mecanismo desconcertante de "autopunición" en la génesis de los delitos, sobre la personalidad inconciente del delincuente y sus complejos, sobre las normas procesales, sobre el fin de la pena, etc. Programa enorme, según se ve, con una parte quizá grande de verdad, otra de exageración y de fantasía, un poco de atracción por lo pornográfico o simplemente sexual y mucho de sugestión de ese mundo inquietante y penumbroso, ajeno a nuestra conciencia y propicio en su ignorada belleza, a la poesía, la superstición y el misticismo.

Estimo que la parte de verdad del psicoanálisis no es por ahora bastante firme para tener aplicación decisiva en psiquiatría forense. No llegan a convencer, por ejemplo, los casos de delincuentes referidos por Alexander y Staub, por María Bonaparte o por Genil Perrin. No niego que, en forma análoga a lo visto en la clínica extrajudicial, el psicoanálisis pueda descubrir un determinado complejo en un delincuente homosexual o en un delirante perseguido o en un fetichista o en un caso de obsesión impulsiva. Pero me parece que eso, por ahora, carece de importancia fundamental para el peritaje y de consecuencia práctica para la justicia. En síntesis, como dice Ruiz Maya, este método puede usarse con utilidad en un examen, pero es "uno más", con "todas las limitaciones de los demás métodos", pues quizá "explicará algunos casos de delincuencia, pero no puede ser el fundamento de una criminoolgía" (35).

IV. Otro punto y será el último. El perito en materia penal no debe resolver el problema de si el sujeto es responsable o no. Es una cuestión metafísica o puramente judicial, y el perito deberá atenerse a aquella conocida norma abstencionista que Brouardel defendió en el Congreso de Lausana en 1907. El médico hará el diagnóstico del estado mental actual del acusado y el del momento del hecho, y establecerá la relación psicogenética entre el delito y el proceso morboso. En este punto, como se sabe, lo esencial es el fundamento objetivo, el criterio biológico de la responsa-

(34) *Annales de Médecine Léga'e;* París, 1932, pág. 273 y 569.

(35) Puede verse la monografía de Jiménez de Asúa (Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal, Buenos Aires. N.° 131 y 132), donde también se estudia la doctrina de Adler en este aspecto penal.

bilidad. Por eso los mejores son los Códigos que lo adoptan, según el ejemplo francés, como el chileno que objetiva la inimputabilidad en el simple hecho de estar "loco o demente" (36).

En forma análoga, en materia civil el perito no debe decir si el sujeto debe ser o no declarado incapaz o si es o no incapaz civil. En los países, como Francia, Argentina, Chile, etc., donde el hecho previsto por el Código es el estado objetivo de "demencia" — y creo que es el mejor sistema — debe bastar con el diagnóstico. Cuando mucho podrá a eso agregarse que tal estado le permite o no dirigir su persona y administrar sus bienes. Pero esta última condición deberá ser aclarada expresamente en los países cuyo Código civil así lo establece como fundamento de la interdicción, como en Italia, Alemania, etc.

Por razones de tiempo debo omitir otras cuestiones que implican problemas psiquiátricos en el peritaje. Así, en el estudio médico fisiológico de los menores abandonados o delincuentes; las situaciones difíciles planteadas por estados limítrofes como el de los llamados "mattoides" por los autores italianos, y por fin los fundamentos de la determinación del "estado peligroso", orientación moderna del derecho penal.

Y ahora para terminar, séame permitido recordar las elocuentes palabras que Legrand du Saulle puso de epígrafe en su obra famosa ya citada. "Para poder discutir los actos de los alienados ante la justicia, es necesario haber observado largo tiempo estos enfermos en sus asilos; de otro modo el médico habla de lo que no sabe, de lo que no ha visto jamás, y su testimonio incompetente puede conducir a los jueces o los jurados a los más calamitosos errores".

(36) Abraham Drapkin Sh., Jurisprudencia de las circunstancias eximentes de responsabilidad criminal; Santiago de Chile, 1936.

Prof. Jaime Vidal Oltra

Catedrático de Medicina Legal
en la Universidad de Chile

Normas recomendables para la elaboración de los informes de psiquiatría forense

Es un hecho no discutido que los informes periciales psiquiátricos adolecen de fallas y deficiencias que les restan el prestigio y autoridad científicas que deben tener ante la justicia.

¿Cuáles son las razones que tienden a desvalorizar los informes psiquiátricos? Ellas son múltiples y variadas, pero pueden concretarse en tres grandes causas.

1.º—Elección poco afortunada de él o de los peritos psiquiatras.

2.º—Falta de medios materiales en la organización penitenciario-judicial, que permitan realizar el examen psiquiátrico y las investigaciones complementarias, de acuerdo con los progresos y exigencias de las modernas técnicas científicas.

3.º—El carácter conjetural y sujeto a interpretaciones de doctrina de la medicina del espíritu.

Analicemos brevemente cada una de estas tres causas.

1.º—El nombramiento del perito psiquiatria, es atribución exclusiva del juez que instruye el sumario, en las causas criminales. En las causas civiles el nombramiento del perito lo decreta el juez, ya sea de oficio o a solicitud de parte, según precisa el Código de Procedimiento Civil. ¿Qué pauta o norma tiene el juez en el nombramiento del perito, de modo que éste sea realmente competente y un colaborador eficaz en la búsqueda de la verdad? Ninguna; el juez procede con entera libertad y como quien dice "a ojo de

buen varón", pues el Código sólo le señala la obligación de elegir a personas que tengan título profesional, conferido conforme a la ley y aún en defecto de estas personas, puede nombrar peritos no titulados, que tengan competencia especial en la materia sobre que debe versar el informe (Art. 243 del Código de Procedimiento Penal).

Vemos, pues, que la única exigencia desde el punto de vista de la eficiencia o competencia, que tiene el juez para la elección de perito, es nombrar a una persona con título profesional. El Art. 242 del Código de Procedimiento Penal dice: "El juez pedirá informe de peritos en los casos determinados por la ley y siempre que para apreciar algún hecho o circunstancia importante, fueren necesarios o convenientes conocimientos especiales de alguna ciencia, arte u oficio".

Ahora bien, cuando el juez necesita informarse o ilustrarse sobre conocimientos especiales relacionados con la medicina, ciñéndose a la ley, nombra perito a un médico. Este médico debe ser el facultativo de ciudad, o a falta de éste el de la Municipalidad respectiva, en los casos de autopsias o examen médico, según el Art. 245 del Código de Procedimiento Penal. El médico de ciudad, hoy día está reemplazado en Santiago y Valparaíso por los médicos Legistas dependientes del Instituto Médico Legal.

En este mismo artículo 245, concede a cada parte nombrar a su costa un perito que se asocie, al designado por el juez, salvo que en concepto del tribunal, la intervención de estos peritos pudiera perjudicar el éxito de la investigación.

Las partes tienen libertad para elegir al perito que quieran, siempre que tenga título profesional.

Así pues, el Código Chileno, autoriza una especie de peritaje contradictorio, cuya implantación ha suscitado en Francia, apasionadas discusiones, sin haber llegado a una solución definitiva. No es del caso por lo demás detenernos en este interesante y contravertido tema.

Nuestro Código señala, pues expresamente, quien debe ser el perito en los casos de autopsias o examen médico; pero no dice nada cuando se trata de investigar las facultades mentales de un procesado.

El nombramiento de un médico cualquiera como perito, es decir de una persona con título profesional, para resolver o indagar asuntos concernientes a la medicina, podría talvez satisfacer o estar de acuerdo con el grado de adelanto de la Medicina, en la época en que fué promulgado el Código de Procedimiento Penal (1894). Pero es evidente que en la actualidad en el estado de progreso que han alcanzado las

numerosas ramas de la medicina, no se puede pretender que cualquier médico por el mero hecho de tener su título profesional, esté en condiciones de preparación suficientes, para actuar de perito "en todos los casos relacionados con conocimientos médicos".

Por una parte el progreso de la medicina ha impuesto la especialización, con un fin científico de investigación y con un fin práctico de mejor servicio profesional. Por otra parte no basta ser un buen científico o un buen profesional práctico de la Medicina para ser un buen auxiliar y colaborador de la justicia; se necesita para ello haberse especializado en Medicina Legal, que como ya lo demostró brillantemente Brouardel, requiere un método propio y una mentalidad propia. Así como existe el criterio clínico, existe también el criterio Médico-Legal y éste sólo se adquiere y afina trabajando en los problemas médico-legales.

Así, el progreso de la Medicina, que ha impuesto la especialización, exige también una calificación de los peritos médicos, de acuerdo: 1.º con su preparación médico-legal, 2.º con su especialización Médica.

De acuerdo con estas ideas los tribunales debieran tener listas anuales de peritos médicos, que llenaran los suficientes requisitos y garantías de competencia profesional y de honradez e independencia de carácter. De estas listas los jueces nombrarían, por sorteo, por orden alfabético, o por otro mecanismo acordado, el o los peritos.

La Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, se ha ocupado de este asunto y ha acordado solicitar la implantación de las listas de peritos psiquiatras, que estaría formada por dos categorías de peritos: la categoría **a**, sería formada por los miembros activos, con más de tres años de antigüedad de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal ,y que desempeñen algunos de los siguientes cargos: a) Profesor de Psiquiatría, de Neurología o de Medicina Legal de la Facultad de Medicina. b) Médico Director del Manicomio Nacional. c) Médico Jefe del Manicomio Nacional. d) Médico Jefe de sección del Manicomio Nacional. e) Médico Jefe de servicio del Manicomio Nacional. La categoría **b**, estaría formada por todos los miembros activos de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, con más de tres años de antigüedad y que pertenezcan a algún servicio de psiquiatría. En casos debidamente calificados por el Directorio, podría no exigirse la antigüedad de tres años ni el hecho de pertenecer a algún servicio de psiquiatría.

La Sociedad estaría encargada de la confección anual de la lista de peritos psiquiatras, que entregaría a la Corte

Suprema. Cuando el tribunal requiera los servicios de un solo perito, sería designado de la lista a, o peritos de primera categoría; cuando requiera dos, se designaría uno de cada categría y cuando tres, dos de la primera y uno de la segunda.

El nombramiento de los peritos psiquiatras lo haria el juez, ciñéndose al orden alfabético.

La Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal tomó estos acuerdos sin considerar la existencia del Instituto Médico Legal, que dispone según su decreto de organización de tres médicos alienistas criminólogos. Es evidente que esto cambia un poco la situación y permite plantear otras soluciones.

Desde luego hay dos situaciones de hecho: 1.º Tres médicos alienistas criminólogos, funcionarios del Instituto Médico Legal, al servicio de la justicia. 2.º Nuestro Código de Procedimiento Penal, permite hasta cierto punto, el llamado peritaje contradictorio o peritaje doble, en que tanto el tribunal como la defensa tienen derecho a nombrar un perito. Ahora bien, para proponer nuevos sistemas de peritajes psiquiátricos hay que partir de estos dos hechos existentes, que concilien lo establecido, con lo propuesto por la Sociedad. Al efecto propongo el siguiente plan: 1.º Lista de peritos psiquiatras divididos en dos categorías, a y b, confeccionada anualmente según un reglamento especial, por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal y aprobada por la Corte Suprema. 2.º Los peritajes psiquiátricos corrientes y banales de los procesos de poca importancia serían hechos en Santiago, por los alienistas criminólogos del Instituto Médico Legal. 3.º En los procesos importantes en que la pena del hecho delictuoso, es la reclusión por largos años o la pena de muerte, la investigación de las facultades mentales del acusado, debe ser hecho por tres peritos, uno nombrado por el juez, otro por la defensa y un tercero por sorteo de la lista a, de la primera categoría de peritos. Los nombrados por el juez y la defensa, pueden ser de cualquiera de las dos categorías. Estos peritos harían la investigación en común, de manera que el informe en toda la parte de exposición objetiva y simple fuese idéntica; sólo sería posible la diferencia de opiniones en la discusión y conclusión del dictamen psiquiátrico. En todo caso se habría asegurado la uniformidad e identidad de las premisas basadas en el trabajo en común con la observación de los mismos hechos y la recolección de los datos anamnésicos y antecedentes biosociales.

Creo que este sistema que propongo, satisface las nece-

sidades de corrección y competencia de los dictámenes psiquiátricos aprovechando lo existente y tomando en cuenta la necesidad de no recargar el presupuesto. Para realizarlo en aquello que tiene de novedad... (lista de peritos y forma del peritaje psiquiátrico), bastaría una ley sencilla de fácil aceptación que complete el Art. 245 del Código de Procedimiento Penal, intercalando lo que hace referencia al peritaje psiquiátrico.

Así, por ej., se agregaría el siguiente inciso: En los casos en que sea necesario investigar las facultades mentales del acusado, en procesos de importancia por delitos graves, severamente penados, se nombrarán tres peritos de la lista de peritos psiquiatras: uno nombrado por el juez, otro por la defensa y el tercero por sorteo del grupo **a**. Estos peritos harán toda la investigación en común y lo mismo el informe, pudiendo separarse solamente en la discusión y conclusión del dictamen psiquiátrico.

Art. 245.—La Corte Suprema hará anualmente, a propuesta de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, la lista de peritos psiquiatras, de los tribunales de Santiago y Valparaíso, derivada en dos grupos a, y b.

Me agradaría que se incorporará a nuestro Código, una disposición muy sabia y muy humana de la ley Briggs, adoptada por el Estado de Massachussetts, el año 1927. Según ella todo inculpado de un crimen que tiene pena de muerte, debe obligatoriamente ser sometido a un examen mental por tres peritos psiquiatras.

En resumen en cuanto se refiere al nombramiento de peritos por el juez, creo que con la adopción de la lista de peritos psiquiatras y el establecimiento de los peritajes a tres peritos que investiguen en mancomunidad, se salvan las deficiencias provenientes, de la dificultad en que se encuentra el juez de juzgar la capacidad y competencia del médico que designa como perito psiquiatria.

2.º—La segunda causa de deficiencia de los dictámenes psiquiátricos forenses, es la falta de medios materiales en la organización carcelaria que permitan las investigaciones adecuadas.

En algunos países, particularmente en Bélgica, que ha dado ejemplo bajo la inspiración y dirección del insigne criminólogo Profesor Vervaeck, se han organizado en las cárceles los anexos psiquiátricos, que sirven para observar y estudiar a todos aquellos delincuentes sospechosos o con signos manifiestos de perturbaciones mentales. Además han instalado en las prisiones los gabinetes de Antropología Criminal, donde se hace el estudio biopsicológico completo del delincuente, es decir desde un punto de vista somático, psí-

quico, hereditario y social. Todo esto supone una organización científica y un plan de trabajo conducente al fin primordial de asegurar la defensa social, buscando la etiología y patogenia del crimen y propugnando los medios de tratamiento. No me corresponde estudiar este problema, sino señalar la absoluta necesidad de una organización carcelaria adecuada a los fines de la investigación psiquiátrica y antropológica, para que los exámenes biopsíquicos sean realizados en forma de que el dictamen psiquiátrico forense responda a las exigencias del progreso científico.

3.º—He señalado como tercera causa de desvalorización de los informes psiquiátricos, el carácter conjetural de la psiquiatría.

Es un lugar comun que la medicina, es ciencia y es arte. Por mucho tiempo ha sido más arte que ciencia y hoy día a pesar del magnífico trabajo realizado con criterio estrictamente científico, la medicina no ha dejado de ser en gran manera un arte y probablemente no dejará de serlo jamás. Sin embargo la tendencia es reducir los dominios del arte y hacer de la medicina, una ciencia objetiva experimental y demostrable. Hay ramas médicas en que esta tarea es exclusivamente fácil. En cambio en la Psiquiatría la aplicación del método objetivo y experimental encuentra enormes dificultades y aún escollos insalvables, pues el material de trabajo es eminentemente subjetivo, es nada menos que el espíritu, el yo.

Estudiar los movimientos del alma, las reacciones normales y patológicas, he aquí en síntesis la tarea del psiquiatra y esta tarea que es objeto de conocimiento puro y aplicación práctica, encuentra en la actividad forense un campo de relación entre las reacciones psicopatológicas del delincuente y el problema de la responsabilidad moral, de encarnadura filosófica y metafísica.

El problema de la responsabilidad puede abordarse fundamentalmente de dos maneras: 1.º en un sentido amplio, general y metafísico; 2.º en un sentido legal.

Cuando el psiquiatria estudia la psicopatología de un delincuente, desligado de toda responsabilidad judicial, considerando únicamente al ser que tiene delante como un caso clínico, puede plantearse el problema en un sentido más amplio y metafísico, puede tratar de dilucidar el hondo y complejo fenómeno de la libertad humana. Sus conclusiones serán un aporte personal, interesante o no, útil o inútil, al de estudios de la misma naturaleza en pos de la verdad. Pero esto no le sirve a la justicia, que tiene sus métodos y normas, por lo menos a la justicia del momento; puede quizás ser útil a la justicia del porvenir.

El psiquiatra forense tiene que estudiar el delincuente, con una doctrina médico legal, esto es, por una parte, el estudio médico psiquiátrico del caso clínico, desde un punto de vista exclusivamente científico y por otra parte la aplicación médico legal de este estudio, es decir producir el ajustamiento de su diagnóstico científico al criterio de responsabilidad legal del Código. De aquí que para ser un buen perito, no basta ser un psiquiatra eminente, si no está preparado en las disciplinas médicos legales.

Dejaré señaladas apenas las enormes dificultades del diagnóstico psiquiátrico e interpretaciones de las múltiples reacciones psicopotalógicas, cuyos anexos psicológicos u orgánicos son susceptibles de discusiones sin fin.

Como conclusión de este pequeño trabajo, señalo los siguientes puntos como recomendables, para la elaboración de informes psiquiátricos forenses.

1.º—Confección anual de listas de peritos psiquiatras, hecha por la Corte Suprema, a propuesta de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal.

La lista de peritos psiquiatras, estará dividida en dos grupos a y b. En la lista a, figurarán los peritos de mayor experiencia y situación profesional y en la b, los más jóvenes.

3.º—Los peritajes corrientes y sencillos deben ser realizados por los alienistas criminólogos del Instituto Médico Legal, o algún otro perito de la lista, nombrado por el juez.

4.º—Los peritajes de mayor importancia, deben ser hechos por tres peritos de la lista: uno nombrado por el juez, otro por la defensa y un tercero por sorteo del grupo **a**. Los tres peritos deben hacer toda la investigación en común y el informe debe ser único, salvo en los casos de discrepancia de conclusiones.

5.º—Es recomendable la adopción de la ley Briggs de Massachussetts, en la disposición que establece, que todo inculpado de un crimen que tiene pena de muerte, debe obligatoriamente ser sometido a un examen mental por tres peritos psiquiatras.

6.º—Instalación en las cárceles de anexos psiquiátricos y gabinetes de Antropología criminal.

7.º—Los peritos psiquiatras deben tener una sólida preparación médico legal y ajustar sus dictámenes psiquiátricos a la doctrina del Código Penal en vigencia, sobre la responsabilidad.

Rafael Fontecilla R.

Ministro de la Corte de Apelaciones de Valdivia.

Crítica a un informe médico - legal, presentado en un juicio por infanticidio

El caso jurídico médico-legal, que vamos a exponer, tiene por objeto dejar de manifiesto las deficiencias de un informe médico que sirvió de base, tanto al juez de primera instancia como a la mayoría de los Ministros del Tribunal de Apelaciones, para condenar a una mujer por el delito de infanticidio.

Para mayor claridad, vamos a trascribir las piezas pertinentes del proceso, que concretan: la tesis afirmada por el médico, y las apreciaciones diversas que mereció el dictamen médico.

En consecuencia, dividiremos en tres partes esta exposición:

1º.—El informe expedido por el médico informante.

2º.—La sentencia de la Corte de Apelaciones de Valdivia, que aceptó las conclusiones del médico.

3º.—El voto disidente en que apreciamos, en forma diversa, el mérito del informe pericial (considerando 9 y sgts).

En seguida se harán algunas breves consideraciones acerca de las consecuencias que puede tener un informe equivocado para la justicia y la necesidad de crear un cuerpo de médicos legistas, que secunden en debida forma las labores del juez.

Informe del médico municipal de Castro, presentado en la causa Nº 3953, contra Herminia Pacheco, por el delito de infanticidio, tramitada ante el juzgado del departamento de Castro

Castro, 4 de Febrero de 1936.

Sr. Juez del Crimen.

En contestación a su oficio, en causa Nº 3953 infanticidio de Herminia Pacheco, debo manifestar a U. S. que practiqué la autopsia el 6 de Diciembre de 1935.

Trátase de una criatura del sexo femenino.

Exteriormente no se notó manifestación de aplicación de fuerza, con excepción del cuello; tanto adelante, en la región de la laringe como atrás, en la región opuesta, o sea, espina cervical. Se notaron **magulladuras**, causadas por apretones de dedos.

Interiormente la autopsia reveló la existencia de órganos normales.

La criatura nació viva, pues la prueba de flotamiento resultó positiva: un pedacito del pulmón flotó en el agua, mientras que en criaturas que no han respirado, un pedacito del pulmón no flota en el agua.

Resumen: en vista de que la criatura ha respirado, es decir nació viva, y en vista de las señales de aplicación de fuerza, en el cuello, opino que la **causa precisa y necesaria de la muerte de la niñita, fué ahogamiento por extrangulación del cuello por la mano".**

Dios guarde a U. S.

DR. RIPPER.

II SENTENCIA DE LA MAYORIA DEL TRIBUNAL

Valdivia, veinte de Agosto de mil novecientos treinta y seis.

Vistos: Eliminando los considerandos de la sentencia recurrida con excepción de los signados con los números 5c y 6º y teniendo, además, presente:

1º.—Que la prexistencia del delito de infanticidio investigado en estos autos, aparece comprobada:

a) Con el informe pericial de fs. 7, en el cual se deja constancia de que la criatura nació viva; que presentaba manifestaciones de aplicación de fuerza en la laringe y región opuesta; que las magulladuras observadas por el perito fueron causadas por apretones de dedos; y que la causa de la muerte de la recién nacida fué ahogamiento por extrangulación;

b) Con el certificado de defunción de fs. 9; y

c) Con las declaraciones de Juana Miranda (f. 2 vta) que notó el embarazo de Herminia Pacheco y los rastros de sangre que dejaba al andar el día en que se perpetuó el delito; y

d) Con la deposición de Antonio Muñoz (f. 2) que también observó esos rastros de sangre;

2º.—Que la Pacheco confesó haber dado a luz una hija sin que nadie la asistiera; que en el acto del nacimiento tomó la criatura del cuello hasta extraerla del vientre por estimar que estaba muerta, y en seguida la colocó debajo del piso de la cocina;

3º.—Que esta confesión de la reo, a juicio del Tribunal establece plenamente su participación en el delito de infanticidio; y, aún cuando le atribuye la circunstancia de haber procedido sin intención dolosa no procede acoger esta excepción si se atiene a que, según el certificado médico aludido de f. 7, la criatura nació viva y la Pacheco ocultó su embarazo a Juana Miranda a tal punto de estimarse calumniada por el sólo hecho de haberla ésta interrogado sobre el particular;

4º.—Que también quita fuerza a la verosimilitud de la declaración de la Pacheco, en cuanto se refiere a su exención de responsabilidad, el hecho de haber negado en un principio el parto a los carabineros que practicaron las primeras investigaciones;

5º.—Que tampoco es atendible la excepción de responsabilidad alegada por la reo, en su escrito de respuesta a la acusación, si se toma en cuenta que pudo fácilmente pedir auxilio en los momentos del parto; y

6º.—Que, atendido el tiempo trascurrido entre la ocultación de la criatura y el día en que fué encontrada, y el lugar en que la reo trató de ocultarlo, resulta que no parece plenamente establecido la existencia del delito contemplado en el artículo 324 del Código Penal por el cual Herminia Pacheco fué también acusada como autora, según consta de la resolución de veintiseis de Febrero último, escrita a fs. 10 vta.

Por estos fundamentos y visto, además, lo prescrito en el artículo 484 del Código del Proc. Penal, se confirma, con costas del recurso, la mencionada sentencia de veintiseis de Abril último, escrita a fs. 18.

III VOTO DISIDENTE

Acordada contra el voto del señor Ministro Fontecilla, quien estuvo por revocar la sentencia apelada, en cuanto

condena a Herminia Pacheco por el delito de infanticidio y declararla absuelta de la acusación formulada en su contra, por el referido delito. Tuvo para ello presente las siguientes consideraciones:

1º.—Que no siendo ya oportuno salvar o enmendar las deficiencias que se notan en el curso de la instrucción, debe juzgarse el presente caso con arreglo a los siguientes antecedentes producidos:

a) Declaración de Juana Miranda (fs. 2 vta.) quien sospechó el embarazo de la procesada; pero un día, al notar su adelgazamiento y las huellas de sangre que dejaba, al andar, tuvo sus dudas. Indagó y descubrió, oculto bajo el piso de la cocina, el cadáver de una criatura;

b) Declaración de Antonio Muñoz (f. 2) quien vió huellas de sangre en la pieza de la reo y el cadáver;

c) Declaraciones de los carabineros Antonio Cárcamo y Julio Miranda (fs. 4 vta) quienes se limitaron sólo a referir lo que les dijo la imputada;

d) El informe del médico municipal de f. 7, en que se llega a la conclusión, que la niñita nació viva y que la causa precisa y necesaria de su muerte fué "ahogamiento por extrangulación del cuello, por las manos" y

e) Las declaraciones de la procesada que reconoce su embarazo y el parto, pero niega haber dado muerte a su hija. Sostiene que, sin que nadie la asistiera, dió a luz una niñita, y como estuviera muerta y no diera señales de vida, la tomó del cuello para extraerla. Que por verguenza no pidió auxilio y silenció los hechos, escondiendo mientras tanto el cadáver, que pensó sepultar después. A f. 8, corrobora lo anterior y dice, refiriéndose a la criatura: que cuando estaba con la cabeza afuera, la tiró, en vista que le molestaba las entrañas y no podía "aguantar". Repite que la niña no nació viva;

2º.—Que siendo el cuerpo del delito el fundamento de todo juicio penal, (art. 129 del C. P. P.) debe comenzar el sentenciador por estudiar si concurren todos los requisitos que la ley exige para su comprobación;

3º.—Que para que se configure el cuerpo del delito perseguido, se requiere la presencia de los siguientes elementos:

a) Muerte de un ser nacido vivo; es decir, que es indispensable que se trate de una criatura que haya respirado o que haya estado capacitada, por lo ménos, para vivir fuera del seno materno (art. 154 C. P. P.) En caso contrario, no podía cometerse una infracción punible, por la imposibilidad del objeto (delito imposible) como sería el caso, por ejemplo, en que se atentara contra una "mola" o contra un

niño sin vida, hechos éstos, atípicos para nuestra legislación, que no constituyen delitos;

b) Voluntad de matar (voluntas necandi), de modo que, si la muerte sobreviene, no a consecuencia de maniobras ejecutadas con ánimo homicida, como en el caso del abandono, en que se dejó al recién nacido, podrá existir otro delito; pero nó el de infanticidio;

c) Que la muerte haya ocurrido "dentro de las cuarenta y ocho horas después del parto", debiendo entenderse por parto, para los fines legales, el conjunto de fenómenos que determinan la expulsión del producto de la concepción, ya maduro, del vientre materno, quede o nó ligada la criatura a la madre, por el cordón umbilical, hecho que sólo tiene importancia para otros efectos (art. 74 del C. C.). En consecuencia, si la muerte ocurre antes de comenzado el parto o después de las 48 horas, podrá darse un delito diverso ,pero nó el de infanticidio;

d) Los sujetos activos del delito deben ser necesariamente: el padre, la madre o los demás ascendientes legítimos o ilegítimos de la víctima. (art. 394 del C. P.).

4º.—Que de todos los antecedentes extractados en el considerando 1º y para los fines de utilizar los que puedan servir para comprobar el cuerpo del delito, deben eliminarse:

a) La declaración de la procesada, por exigirlo así la Ley (art. 131 y 509 Nº 4º del C. P. P.);

b) La de los Carabineros Cárcamo y Miranda porque no hacen otra cosa que repetir, en parte, el dicho de la reo.

5º.—Que las declaraciones de Juana Miranda y Antonio Muñoz no son, propiamente, presunciones ni indicios necesarios o vehementes que produzcan por si solos el pleno convencimiento de la existencia del infanticidio, y no tienen otro carácter que el de acreditar existencias de huellas, rastros o señales de un hecho que bien puede no resultar delictuoso, puesto que la "presunción" claramente en el artículo 513 del C. P. P. no es otra cosa que, la consecuencia, que de hechos conocidos o manifestados en el proceso, deduce el Tribunal, no para acreditar cualquiera clase de hechos, como ocurre en materia civil, sino únicamente respecto a la perpetración del delito, a sus circunstancias y a la imputabilidad de determinadas personas. Es la comprobación del hecho, por medio de otros inseparables, lo que constituye la presunción o indicio necesario, así por ejemplo, a una mujer acusada por adulterio se le comprueba que, durante la ausencia de su marido en China, dió a luz un hijo. El hecho del parto demostrado y comprobado por todos sus signos, huellas y señales es un indicio necesario, pero no así en este

caso, puesto que el parto de la reo, es un hecho que puede subsistir independientemente del delito cometido y por esto es jurídicamente indiferente;

6º.—Qué en consecuencia, el único antecedente directo que queda en pié, para probar el hecho punible, es el informe médico de f. 7;

7º.—Qué, sin entrar todavía, al estudio de dicho informe, procesalmente no es bastante como único medio probatorio, toda vez que el artículo 500 del C. P. P. exige el dictámen de dos peritos, perfectamente conformes y no contradicho por el de otro u otros peritos, para que puedan ser considerados como prueba suficiente de la existencia de algún hecho;

8º.—Que, por lo tanto, la sola consideración anterior, bastaría para declarar improbada la existencia del cuerpo del delito pesquisado;

9º.—Que aún, y en supuesto de que a un solo informe pericial pudiera atribuírsele el mérito de plena prueba, no se mejoraría la situación producida, porque el aludido informees científicamente deficiente y susceptible de serios reparos. En primer término cabe observar:

a) Que el perito no practicó el exámen obstétrico de la madre, de rigor en estos casos, con el fin de diagnosticar el parto y deducir de ello, las conclusiones pertinentes;

b) Que no se especificó cuanto tiempo duró la vida extra-uterina de la criatura, dato indispensable, para fijar el plazo de horas que exige la ley;

c) Que no se constató la edad del feto para establecer si la criatura era viable o "en estado de poder vivir fuera del seno materno" (art. 154 del C. P. P.) para lo cual debieron describirse los signos de madurez, único modo de obtener la valoración clínica del caso (Dr. Doderlein-Tratado de Obstetricia-Pág. 144 T. I. Barcelona Ed. Labor. 1923.;

d) Que al referirse a las magullaciones encontradas en eu cuello, no se manifiesta su número, su longitud y su profundidad, como lo exige el artículo 147 del C. P. P., ni su dirección, dato de cierta importancia, como se verá más adelante.

10.—Que el médico informante, se limitó a constatar la vida del ser, con la sola prueba de la docimasia pulmonar, y a diagnosticar como causa precisa y necesaria de su muerte, el ahogamiento debido a una extrangulación, por la mano, lo cual lo deduce de "las magulladuras" que notó en el cuello;

11.—Que el artículo 501 del C. P. P. entrega al Juez la estimación del valor probatorio del informe de peritos "según los principios científicos en que se apoya y en la con-

cordancia de su aplicación, con las leyes de la sana crítica", y, por lo tanto, es imprescindible para el Tribunal, analizar las conclusiones, con la ayuda de los conocimientos técnicos aplicables al caso investigado;

12.—Que el único principio en que se apoya el perito, para concluir que la criatura nació viva, es el que se revela por la docimasia hidrostática pulmonar positiva, puesto que, como él dice: "un pedacito del pulmón flotó en el agua, mientras que en criaturas que no han respirado, un pedacito del pulmón no flota en el agua";

13.—Que el valor semiológico de la docimasia hidrostática positiva, ha sido puesto en entredicho por los tratadistas de medicina legal, expresándose, al respecto, el profesor Thoinot, como sigue: "Puede admitirse que la prueba positiva de la docimasia es también la de la respiración, cuando se eliminan dos causas posibles de error: 1º la entrada artificial del aire, y 2º la putrefacción. Ambos procesos, cuando menos teóricamente, pueden comunicar al pulmón, de un modo artificial, la facultad que posee naturalmente el aireado por la respiración, perturbando así, gravemente el valor semiológico de la docimacia pulmonar hidrostática" (Tratado de Medicina legal, T. II, pág. 258, 2.a ed. Trad. española de W. Coroleu, Barcelona, Salvat, 1928);

14.—Que, en consecuencia, no podemos aceptar la prueba de la docimasia hidrostática, como hecho inequívoco de la respiración, toda vez que los pulmones pueden flotar, no tan sólo debido al aire que se respiró antes de nacer, sino además por otros estados que ofrecen una reacción diferente a la docimasia, como sería en caso de un enfisema pútrido (putrefacción gaseosa) o descomposición pútrida (colapso), situación que debió especialmente considerarse, en la especie, ya que consta del proceso, que el médico examinó el cadáver, varios días después de ocurrida la muerte, es decir, en período de putrefacción;

15.—Que, por otra parte, si nos apoyamos en la opinión del precitado tratadista, que afirma: "que puede sentarse la siguiente proposición: la putrefacción gaseosa espontánea del pulmón de un recién nacido que no ha respirado, no puede negarse". (Ob. Cit. Pág. 262) debemos llegar a la forzosa conclusión de que el informe médico de fs. 7 no es, no puede ser convincente al asegurar, de un modo rotundo, que la criatura nació viva por el solo hecho de haber flotado en el agua, un pedazo del pulmón, y todavía con la circunstancia que la prueba practicada por el médico informante, fué imperfectamente realizada, ya que no sometió a la experimentación, ni la glándula timo, ni el corazón, que integran el método de Galeno, que fué el elegido en este caso;

16.—Que es debido, a la poca seguridad de la docimasia hidrostática, la razún por la cual se recomienda a los peritos las otras pruebas de corroboración, como, por ejemplo, la docimasia gastro intestinal, la docimasia pulmonar óptica, el examen al microscopio, etc., operaciones que, en este caso, no se practicaron;

17.—Que por lo que toca a la causa precisa y necesaria de la muerte, o sea "ahogamiento por extrangulación de la mano", el informe médico es también científicamente deficiente. El perito se limitó sólo a constatar "magulladuras causadas por apretones de dedos en la región de la laringe y espina cervical "pero omitió los datos a que se refiere la letra d) del considerando 9º de este voto, para saber hasta que punto la lesión, pudo comprometer los órganos respiratorios. interiormente; ni se constató la dirección de las nombradas "magulladuras" hecho que reviste suma importancia, puesto que, como afirma Brouardel, "si salió primeramente la cabeza y presentan los estigmas ungueales la concavidad dirigida arriba, puede admitirse como origen la maniobra obstétrica de la madre (hecho que afirma la reo de este proceso) pero no así en el caso contrario";

18.—Con todo, atendiendo a la naturaleza de la lesión descrita "simples magulladuras" de la piel, en la región del cuello, es decir pequeños rasguños, sin que vayan acompañadas, ya de las lesiones internas que determinan el síndrome de la asfixia, ya de otro fenómeno que denote la oclusión de las vías respiratorias, es inadmisible, científicamente, la tesis de la estrangulación sostenida por el médico y, mayormente, si se considera que en el informe de autopsia se estableció la normalidad de los órganos internos;

19.—Que, por otra parte, semejantes erosiones son propias y se repiten amenudo, en una infinidad de casos, en la mujer que se asiste sola en el parto. La opinión de Thoinot, de acuerdo con la de numerosos tratadistas, sobre este particular, es clara: "el verdadero diagnóstico, dice este autor, es el sostenido por Tardieu, Brouardel, Skrezeczka, Haberda, quienes creen que los rasguños producidos por la madre, no pueden matar al feto. Así, pues, cuando se encuentran lesiones internas de asfixia, además de estigmas ungueales, se trata realmente de una acción criminal. En efecto, las lesiones que causa, al feto, la madre, al ayudarse, son puramente superficiales y además recaen en aquel cuando está aún unido a la placenta y no puede sufrir, por tanto, de un obstáculo a la respiración aérea. Si el niño sucumbe, entonces, es solo por otras lesiones espontáneas del parto" (ob. Cit. T. 11 pág. 329).

20.—Que consecuente con la importancia médico-legal

que debe atribuirse a las lesiones de los tejidos profundos y además signos que deja la estrangulación manual, el conocido tratadista, Dr. Sydney Smith, se expresa en estos términos: "cuando se recurre a la estrangulación manual, la presión de los dedos deja contusiones, arañazos o depresiones. En los tejidos profundos se advierten, además, lesiones externas. Como la defensa podrá alegar que las marcas son resultados de los esfuerzos hechos por la madre, para ayudarse, conviene estudiar cuidadosamente la localización y la extensión de las lesiones a fin de comprobar si, en efecto, se produjeron del modo dicho. Al tirar la parturienta de la cabeza del niño con tal propósito, la presión se ejerce contra la parte superior del cuello y dejará marcas en el maxilar inferior, mientras que en la estrangulación criminal la huella de los dedos aparece en un nivel más bajo. si la estrangulación se produce durante los esfuerzos para ayudarse, no es de esperar que se observen distendidos los pulmones (Medicina Forense. Pág. 347 Traduc. del inglés por D,. J. Vásquez Sans. Barcelona. Gustavo Gil. 1926;

21.—Que, por lo dicho y de acuerdo con las consideraciones anteriores, las dos conclusiones del informe médico son controvertibles, son inseguras y no tiene el valor científico necesario en orden a determinar si la criatura nació viva y cual fué la causa de su muerte; y aún en el caso que pudiéramos dotar de eficacia a la prueba de la docimasia hidrostática, en la forma practicada, y admitiéramos que la criatura nació viva porque respiró, nada se avanzaría en la comprobación del cuerpo del delito, toda vez que no se puede conocer la causa precisa y necesaria de su muerte, ya que, como se ha dicho, una lesión tan superficial, como la descrita en el cuello, que no ha comprometido los órganos internos, (el informe dice que estaban normales) es científicamente imposible que determine una asfixia por estrangulación;

22.—Que la reo ha negado, reiteradamente, el cometimiento del delito y cobra marcados visos de verosimilitud la forma como explica la extracción de su hija con las manos, si se atiende al mecanismo de todo parto normal (en que aparece primeramente la cabeza, que debe ser convenientemente rotada en dirección al diámetro más amplio, que permita el desprendimiento de la totalidad del cuerpo) si se considera que dió a luz sin la asistencia de nadie, los intensos dolores del alumbramiento que producen gran excitación nerviosa y a menudo trastornos psíquicos. Todo lo cual hace aceptable que haya procurado, con sus manos, evitar el dolor, tomando por el cuello a la criatura, única forma en que podía operar;

23.—Que, por último, el hecho de haber ocultado la reo, el embarazo y, posteriormente el fruto de la concepción, está muy lejos de constituír una presunción de culpabilidad, ya que este comportamiento puede obedecer a una infinidad de móviles y generalmente a pudores elementales de toda mujer, en trances semejantes; y tal vez con razón expuso la reo que había ocultado su estado "por vergüenza", puesto que era una simple "allegada" en la casa donde ocurrieron los hechos y lógicamente, viviendo de favor en un hogar de familia, no tan sólo estaba expuesta a la vergüenza, sino también a ser lanzada a la calle.

24.—Que desprovisto, como se ha demostrado, de todo valor probatorio, el informe médico, único antecedente que existe para acreditar el hecho punible, sólo procede la absolución de la procesada.

Se llama la atención del juez de la causa acerca de las observaciones formuladas por el Sr. Fiscal sobre la tramitacióny fallo de esta causa, a fin de que en lo sucesivo evite las emisiones observadas.

Devuélvanse. — N. Sánchez C. — Marco A. — Vallejo Garcés. — Rafael Fontecilla R. — J. Espinoza. — José Miguel Vergara Sec.

CONCLUSIONES

Las críticas que hemos formulado al informe médico legal, a que se ha hecho referencia, en el voto disidente, pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

1º.—Omisión del examen obstétrico de la madre (Considerando 9 letra a).

2º.—No se especificó la duración de la vida extra-uterina de la criatura. (Considerando 9 letra b).

3º.—No se constató la edad del feto. (Considerando 9 letra c).

4º.—No se describieron las lesiones del cuello, en su número, longitud y profundidad, como lo exige el artículo 147 del Código de Proced. Penal. (Considerando 9 letra d).

5º.—La conclusión sobre la vida del ser, fundada en la sola prueba de la docimasia hidrostática pulmonar, no es convincente, atendido lo expuesto en los considerandos 13 a 16 inclusive.

6º.—La conclusión sobre la causa precisa y necesaria de la muerte o sea, "ahogamiento por extrangulación", tampoco es decisiva, según lo manifestado en los considerandos 17 a 20 inclusive.

Y sin embargo este informe médico, indoctamente concebido, en que se emiten conclusiones sin ahondar los principios de la medicina legal, en que se han omitido todas las exigencias que nuestro Código de Prodecimiento impone al perito informante, ha sido la base de todo el jnicio criminal.

Con el respeto que me merece la ilustrada opinión de los distinguidos magistrados de la causa, considero oportuna la exposición de este caso, sólo para demostrar, fehacientemente, las consecuencias de una inepcia pericial.

Los informes médicos son fundamentales en la comprobación del hecho punible, especialmente si se trata de pesquisar el delito de infanticidio ,que es cuando siempre se nota la ausencia de otras pruebas. Asume aquí, el informe pericial, un papel preponderante para la conveniente estimativa del fallo.

El médico, desde el momento en que acepta el cargo de perito, adopta el carácter de funcionario público y es responsable de la pureza de su misión, no tan sólo ante el Código Penal, sino también ante la ciencia que profesa.

Y si bien existen entre nosotros, y para honra del foro, médicos legistas de ponderada solvencia científica, no siempre podemos contar con esa capacitada colaboración, sobre todo en los Tribunales de las provincias.

El caso estudiado es prueba elocuente de este aserto; y ante esta realidad, deplorable, no nos queda más que destacar una sola conclusión:

La necesidad de patrocinar, cuanto antes, la creación de un verdadero cuerpo de médicos legistas, suficientemente preparado, que secunde la labor del magistrado.

Dr. José Max Arnillas Arana

Médico del Hospital «Victor Larco Herrera». Jefe de Clínica, del Curso de Psiquiatría, en la Facultad de Ciencias Médicas.

Sobre un caso de homicidio múltiple

CONSIDERACIONES PSIQUIATRICAS

En nuestra práctica hospitalaria hemos tenido oportunidad de estudiar para la Corte Superior de Justicia, el caso clínico de un encausado por homicidio múltiple.

Las características del hecho criminal, la importancia de los factores genéticos, la variedad de la personalidad preepsicótica, la filiación psiquiátrica del individuo en estudio y el figurar en el delito como factor configurante de un proceso delusional celotípico, uno de los mitos más extraños del folk-lore popular peruano, nos sugiere el presentar esta sencilla colaboración a las Jornadas Neuro-psiquiátricas del Pacífico.

El Hecho Criminal.

En los primeros días del mes de Diciembre de 1930, Manuel B., indígena de la estancia de Acopampa, del distrito de Carhuás, del departamento de Ancash después de dedicar casi todas las horas de ese día a sus trabajos agrícolas en los que tuvo varias contrariedades por la rebeldía de los bueyes de la yunta que asustados por la tempestad envistieron a Manuel B., ocasionándole una herida que curó con yerbas que los indígenas usan para las hemorragias, regresó a su casa, en cuyas inmediaciones trabajara. Apenas llegado su esposa y sus hijos notaron en él cierta anormalidad por la incoherencia de sus palabras, sus extrañas alusiones al "Dios de los Manantiales" o "Duende de los cabe-

llos de Nieve" y sus actitudes amenazadoras, pues trataba de herir una piedra con una azuela y buscaba a alguien con encono y odio. Instantes después su estado de excitabilidad adquirió las características de un verdadero estado de furor maniaco, pues Manuel B., ya no se limitaba a buscar a ese enemigo oculto y misterioso, sino que agredió a su esposa con un martillo razón por la que los familiares huyeron buscando asilo en diferentes sitios. No teniendo con quien entenderse en su domicilio salió Manuel B., al camino y fué al de su hermana mayor Francisca, con quien mantenía relaciones cordiales al extremo de refugiarse en su casa siempre que tenía algún disgusto con la esposa. Esta pobre mujer, lo recibió como siempre solía hacerlo, sin sospechar lo que ocurriría y el gravísimo peligro en que se encontraba; pero Manuel B., presa de un furor incontenible la atacó con la misma azuela de que iba provisto causándole una gravísima lesión en el cráneo que le produjo una muerte casi instantánea. Hirió también a una criatura de pocos meses, hijo de la occisa, que ésta tenía en brazos, quien falleció al instante. Salió luego al camino y encontró al menor Juan Z., que jugaba inocentemente y lo atacó con esa herramienta quitándole la existencia. En ese mismo estado de furor buscando al oculto enemigo recorrió los caminos y penetró a diferentes casas logrando herir a Moisés M., y a Martina C., hasta que varios vecinos de la estancia referida, en vista del peligro que significaba la presencia de este hombre en tales condiciones, capturarlo y desarmarlo lo que consiguieron no sin muchas dificultades y peligros.

Manuel B., está encausado por el delito de triple homicidio.

ANAMNESIA

Debemos hacer mención que los datos han sido obtenidos del propio examinado, es decir, se trata de una auto anamnesia. No hemos podido objetivar muchas de sus informaciones. Las exploraciones de carácter psicológico han tenido que realizarse con la ayuda de intérpretes pues Manuel B., se expresa mejor en el idioma quechua.

Manuel B., peruano, nacido en el departamento de Ancash, de raza india, casado, de profesión agricultor y carpintero, cuenta en la actualidad cerca de 40 años.

Herencia. Historia familiar. Abuelos.

ABUELOS PATERNOS:

Anselmo B.—Indio natural de la estancia de Puncayacá, de la provincia de Carhuás. De tipo pícnico; de carácter tranquilo, demasiado complaciente, "muy serio y callado hasta la muerte", no tuvo molestia con sus familiares ni con sus vecinos con quienes se mostraba amable y solícito. Con la esposa era tierno, amoroso, no disgustaron jamás, "ni siquiera se miraron con malos ojos" muy al contrario compartían el trabajo ora ya en el campo él "chacmeando" (1) y ella pastando, ora ya en su pequeño taller de carpintería donde hacía cajas de muerto con rudimentarias tablas de aliso y útiles improvisados por la mano maestra de la afición. Bebía con frecuencia, casi a diario, era una ley para él tomar el "temple de la mañana". (aguardiente), no fumaba ni chacchaba. Nunca se enfermó ni se quejó de ningún malestar. Casado a los 30 años con Mercedes C., tuvo dos hijos: José y Tiburcio. Murió de edad avanzada "de puro viejo", después de haber estado en cama cerca de medio año. (polineuritis alcohólica?).

Mercedes C.—Naturai de la estancia de Rampac del distrito de Maracá, de la provincia de Carhuás, analfabeta, sana, tranquila, cariñosa, no se dejaba llevar por los cuentos que le hablaban de la supuesta infidelidad del esposo. No tuvo el menor disgusto con él, por el contrario, trabajaban juntos y compartían por igual en la casa la tranquilidad, en la puna el trabajo, y en las fiestas la alegría y el jolgorio. Su ocupación favorita eran las majadas, que aunque rudas, son propias de las mujeres. No tuvo ninguna clase de vicios y si bebia algunas copas en las fiestas de la Virgen de la Merced de Carhuás, era según confesaba por el gusto de estar con su esposo y sus familiares. Gozó de tan buena salud que nunca enfermó "y si murió—nos dice riendo Manuel B— fué de puro vieja".

ABUELOS MATERNOS:

Santos H.—Natural de la estancia de Nunocoto de la provincia de Carhuás. "Yo no lo conocí, pero según nos contaba mamá, dice que mi abuelito Santos era bajo como yo" cuerpo echado, muy serio "no se reía así nomás", muy cariñoso, bueno, "no tenía envidia de nada" por lo que era es-

(1) "Chacmeando", ccupación agrícola que consiste en remover la tierra con barretas.

timado de todos. No conoció ni el alcohol ni el cigarro, ni la coca. Se casó con Saturna H., de quien tuvo cuatro hijas. Murió como mis otros abuelos "de pura vejez".

Saturna H.—"Yo le conocí, era alta de cuerpo, mujer completa", de un color fuertemente quemado, de cabellos cortos. Temperamento irritable, pleitista, mala para con los hijos a los que les pegaba sin motivo, como si encontrase placer en maltratarlos. Vivía en continuo "pleito" con las vecinas. Bebía ocasionalmente, casi siempre en las fiestas de Carhuás a donde iba "muy prosista", haciendo gala de su buena "saya" (1), ribeteada con blondas en forma de "tucupa nahuin" (2) y un "monillo" (3) con adornos en el pecho. Completaba su vestido de gala un sombrero de lana color de la ceniza y un manojo de azucenas silvestres. Murio de edad avanzada "yo mismo la enterré haciéndole una caja con mis propias manos".

EL PADRE:

Tiburcio B.—Indio natural de Puncayacá de la provincia de Carhuás, tipo leptosomático, alto, delgado, sin barbas, de semblante enfermizo. Era muy conocido por los del pueblo quienes le llamaban más que por su nombre por el determinativo de "loquito", porque era muy bromista, entrometido y a todos trataba "de tu". Se gastaba tal confianza que entraba y salía de las casas de sus amigos como si fuera la suya. Era inestable, no permanecía en su casa como tampoco en ningún lugar, era "un puricoc" (4), un entusiasta momentáneo, que se ponía a ayudar en el trabajo a cualquiera de sus amigos, empezaba con empeño "como loco", pero de pronto dejaba la herramienta y "con su risa y su chiste" disimulaba su escapada. Era tan amiguero que en todos los pueblos tenía conocidos, era "como el gato que siempre cae de cuatro pies". Tenía "cotacorral" (ataque epiléptico", se caía de un momento a otro después de dar un gran grito, cerraba los puños, sacudía el cuerpo como "tembladera", arrojaba espuma por la boca y después se quedaba dormido. Una vez, salió como de costumbre a caminar sin rumbo, cuando en pleno camino junto a una acequia le dió "el cotacorral", su cabeza se había metido en el agua y allí murió ahogado... ay pobre mi padre, no hay confianza en la vida, no doctorcito?

Mi padre bebía con frecuencia, cuando había fiesta se

(1) "Saya". Traje de vuelo descomedido.
(2) "Tucupa nahuin". Ojos de buho.
(3) "Monillo". Saco que completa con la saya.
(4) "Puricoc". Andariego.

perdía, pero después llegaba donde mi mamá con alguna cosita que lograba guardar. Quería mucho a mamá, lo mismo que a nosotros, sólo cuando tenía su "locura" gritaba sin darse cuenta y con cólera se iba a caminar.

Había días en que se creía estar perseguido por "las almas", se levantaba de noche y pedía auxilio como un muchacho. Por lo demás no tuvo otra enfermedad que su "cotacorral".

Era creyente de las medicinas de las curanderas que le recetaban caldo de gallinazo y del zorzal previamente machacado. También las curiosas le "Shocmaban" (1) a media noche llevándole a un sitio apartado donde llamaban el alma de mi papá.

No tenía ocupación estable, ni bienes de fortuna, vestía con modestia, usaba chaleco y pantalón de lana, un poncho terciado y un sombrero a "la pedrada", "a lo medio borrachito, a lo medio maestro".

Se casó a la edad de 30 años y tuvo cinco hijos.

LA MADRE:

Asicla H.—Natural de la estancia de Nunocoto Tipo pícnico, semblante enfermizo, color amarillo obscuro. Amable, cariñosa, tierna para con nosotros y de "muy buena fé" para con las gentes. Complaciente para con mi papá, soportaba su conducta y sus hábitos de andariego, "borrachín" y juerguista. Curtidora de suelas se hizo famosa en este oficio ganando mucho dinero. Además de la curtiembre hacía negocios de animales domésticos, sal, huevos y ají. A pesar de tener plata, era "tacaña", no gastaba los centavos sino por necesidad. Una vez fuimos a Marcará a la fiesta de Santa Cruz, gastó cinco reales, pero a la vuelta de la fiesta se mostró arrepentida y no hablaba sino de los cinco reales y de los medios que tendría que realizar para reponerlos. Vestía pobremente, "no usaba nada completo", todo era a medias.

Desde niña tuvo un granito en el estómago que poco a poco fué creciendo, ocasionándole cólicos que a la edad de 40 años le causaron la muerte.

Enviudó a los 30 años, estado en que se relacionó con Cicilio M., de quién tuvo una hija "huachapaqui" (2).

(1) "Shocmaban". Tratamiento de las brujas y curanderas que consiste en limpiar el cuerpo del paciente con rosas deshojadas dibujando cruces. Tiene por objeto llamar el alma ausente del cuerpo.

(2) "Huachapaqui". Hijo natural

HERMANOS:

Melchora B.—Tipo pícnico. Sentimientos nobles, amorosa con los hermanos, ejercía autoridad maternal; en particular, me estimaba de preferencia y aún en la cárcel he sido visitado por ella. Bebía ocasionalmente. Amante de la música y del canto regional descollaba como gran bailarina.

Casada, tuvo cuatro hijos.

Manuel B.—Fué mi mayor, murió de ocho años con viruela. Yo no lo he conocido.

Francisca B.—La más cariñosa, tierna y amorosa de entre todas mis hermanas, es la que me ha criado como madre, la que compartía conmigo hasta "un grano de cancha" (maíz tostado). Ella ha sido mi segunda madre, ante quien deposité mis penas y ante quien iba cuando tenía algún disgusto con mi mujer; ella me recibía como a un hijo, me daba de comer y me consolaba con consejos. Era de carácter tranquilo, indiferente, sin iniciativas, enemiga de las distracciones, de la música y del baile. Esta fué la pobrecita a quien dicen que yo maté el día de mi desgracia.

Fué casada y tuvo cinco hijos.

Crisola B.—Vive actualmente en Nunocoto. Tiene "locura", es una mujer que cree que los alimentos están "brujeados"; desconfiada que no come sino lo que ella misma prepara y rehusa las invitaciones declarando que los alimentos de otras personas están envenenados. Tiene la manía de lavarse las manos a todo rato; es pues, una "loca" que desconfía de todo el mundo, inclusive de ella misma. Mala para con los hijos, les pega sin motivo, al esposo no lo tiene en consideración, es como si no existiera. Reservada, habla poco, es "loca completa". Sin causa, sin estar enferma, se mete en la cama por semanas y hasta por meses. Una vez, recuerdo, estuvo en cama sin motivo durante un año, y durante todo este tiempo se negaba a probar la comida.

En el primer matrimonio no tuvo hijos, pero después al enviudar llegó a tener dos hijos de J. M., con quien tiene sus relaciones actualmente.

María B.—Es de mi tamaño, "chiquitita" como yo, flaquita, irritable, pleitista, resentida, cuando la miran y le hacen bromas se cae al suelo retorciendo los ojos y las manos. Como tacaña es peor que mi mamá. Enemiga de la música, del baile, de las relaciones, "es muy calladita".

Es casada y tiene tres hijos.

COLATERALES.

TIOS DE LA RAMA PATERNA:

José B.—No tengo datos porque no lo he conocido ni tampoco tenía en el pueblo referencias.

TIOS DE LA RAMA MATERNA:

Esperanza H.—Alta, irritable, colérica, provocativa "busca pleito". No fuma ni toma. Es sana.

Casada, tiene cinco hijos.

Ascencia H. — Mujer de porte mediano, enfermiza "nunca está bien de salud", se queja de dolor de muelas, de estómago, de ojos; siempre está con la cabeza amarrada y la frente con hierbas medicinales. Es muy mala, "gritona", irritable, escandalosa. Cruel, trata a su esposo "peor que un perro". Tiene cinco hijos, uno de ellos murió de manera rara: entró a una cueva "virgen" donde el aire está sucio, "perdió la razón", llegó a la casa "como loco", asustado, desorientado, hablando tonterías, pidiendo perdón y a los pocos días murió con el cuerpo lleno de llagas, "casi podrido". (Psicosis sintomática. Delirio infeccioso?).

Juana H.—Alta de cuerpo. Pleitista, irritable, enfermiza, ha tenido viruela, gripe, tifoidea. Tiene muy mal carácter, es "rara", muy tacaña, pues es incapaz de gastar un centavo y si lo hace es para estar arrepentida y "golpeándose el pecho".

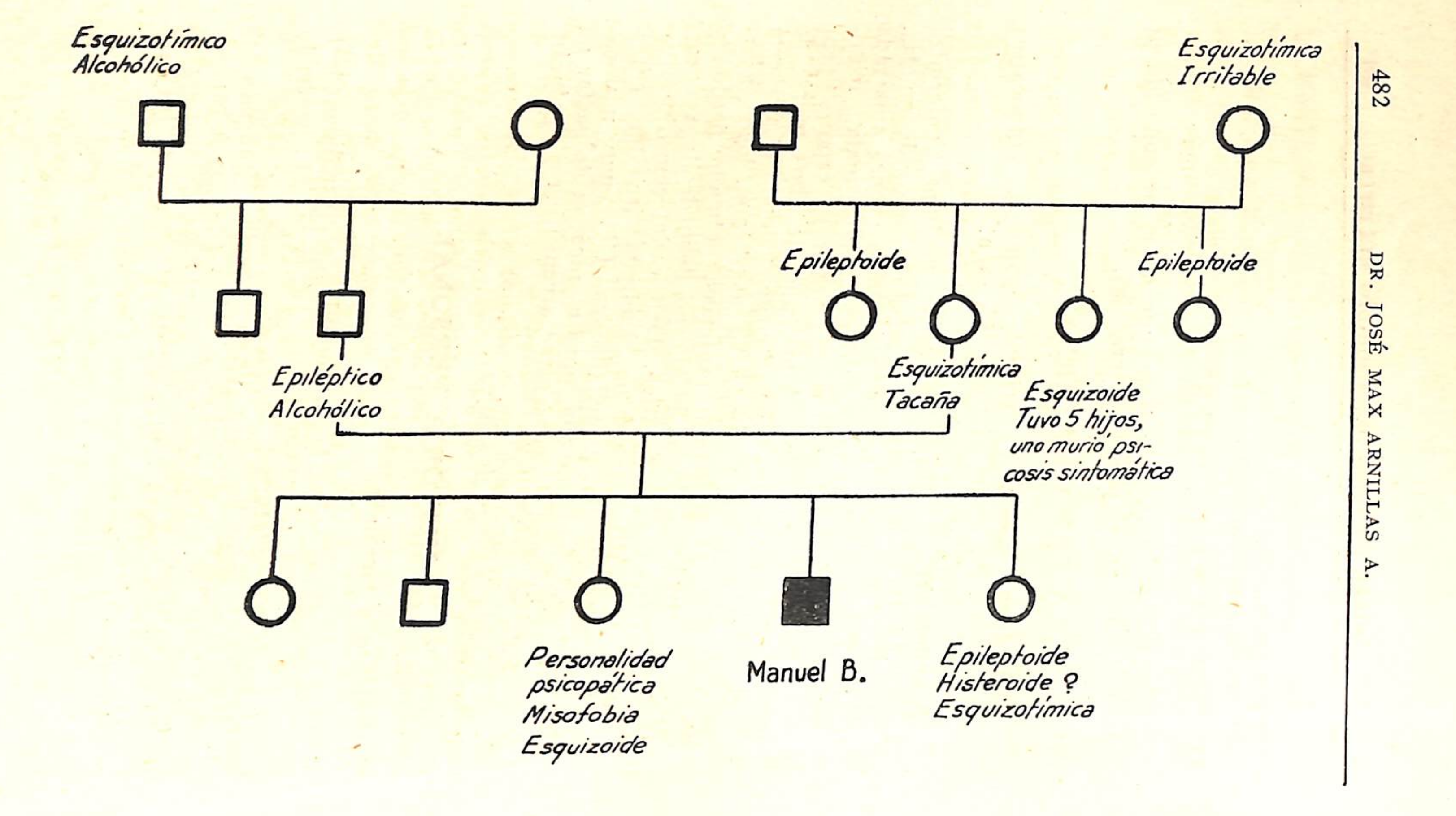
Es casada y tiene dos hijos.

HISTORIA PERSONAL

Nacimiento y lactancia.

No hay datos sobre la anormalidad o normalidad de la gestación y curso del parto en que vió la luz el observado. La lactancia fué materna.

De niño, según los datos de la hermana Francisca, dice que era malgeniado, llorón, pleitista con los hermanos, de quienes tenía mucha envidia al extremo de que quería hacer de su persona el centro de los afectos y de las caricias de los padres.


Esquizotímico
Alcohólico
Esquizotímica
Irritable
Epileptoide
Epileptoide
Epiléptico
Alcohólico
Esquizotímica
Tacaña
Esquizoide
Tuvo 5 hijos,
uno murió psi-
cosis sintomática
Personalidad
psicopática
Misofobia
Esquizoide
Manuel B.
Epileptoide
Histeroide ?
Esquizotímica

No tenemos datos sobre convulsiones y espasmos laríngeos en la infancia. Igualmente se ignora la fecha en que aprendió a andar, modular palabras y de la aparición de los primeros dientes. Tampoco podemos consignar datos sobre ataques, lipotimias, vértigos, cefalalgias, fugas, sonambulismo y enuresis nocturna.

Sin embargo, Manuel B., asevera que sus tíos le decían que de niño fué chiflado, caprichoso, colérico, enojadizo y que era violento en sus juegos.

El crecimiento fué rápido. Era de contextura fuerte y poseedor de gran energía física.

Muy muchacho, cuando apenas tenía ligeras nociones del trabajo y del mundo en general, comenzó a trabajar en la curtiembre con la madre y en el campo con una de las hermanas. Manuel B., dice "en medio de mi ignorancia me dí cuenta que necesitaba aprender a leer y a escri, bir, este deseo saltó de mi mismo, sin que nadie me lo aconsejara, fué por eso que le dije a mi mamá que quería ir a la escuela; entonces me llevaron donde el **letrado,** maestro de Puncuyacá, quien me enseñó a leer la "cartilla", el silabario; pero no me enseñó a escribir ni me ejercitó en la lectura de manuscritos, por eso ahora sólo leo periódicos y trabajos impresos pero no manuscritos". Al año de estudios, estos fueron interrumpidos porque Manuel B., tuvo "mal de ojos". Después de larga curación, expresa Manuel B., que se apoderó de él el deseo de ganar dinero, de trabajar y tener en el bolsillo unas cuantas monedas para los domingos y días de guardar. En esta época ingresa a la carpintería del abuelo, llegando a dominar el oficio en tal forma que comenzó a dar consejos a sus patrones sobre los métodos para mejorar la construcción de cajones de muerto. "Efectivamente, empecé a trabajar junto a mi abuelito y sólo en medio año llegué a dominar la carpintería que me daba algunos centavos que en un principio compartía con mi mamá, pero que más tarde fueron destinados casi en su totalidad para mis vicios. Mi abuelito todos los días me daba una botella de "patriota" (aguardiente), porque decía que era bueno cortar el "temple" de la mañana. Desde entonces, todos los días en la carpintería, o en el campo siempre tomaba mi botella de "patriota".

Despedido del taller del abuelo, se independizó trabajando en el oficio y protegiendo a la madre con las ganancias.

Enamorado, siempre andaba a la búsqueda de aventuras. Tuvo sus primeras relaciones con una mujer ya de edad, hermana de su cuñado. Dice, tuve mis relaciones cer-

ca de tres años, al cabo de los cuales "me cansó", me fastidió su edad y hasta cierto punto, llegué a odiarla. Me separé de esta vieja porque una viuda, la causa de mi desgracia, la única autora de mi prisión y de la muerte de mi pobre hermana, me robó el "soncco" (1).

Yo tenía miedo que la mujer que abandoné me hiciera brujería con una "misa" que hacen los curanderos en mi pueblo. Me casé "con una bruja, viuda, vieja, fea, que tenía "huillcas" (2), pero, sin embargo, al principio fuimos felices, pero después me dí cuenta que era sucia, "amarradora", "hechicera", "me hacía brujerías y cochinadas" con trapos de mi camisa para que me diera sueño, me viniera irritación y no pudiera cumplir mi papel de esposo. "Ella fué la culpa de mi desgracia, la única autora de mi prisión y de la muerte de mi hermana Francisca; si no hubiera sido por ella no estaría preso, ni hubiera muerto a mi hermana. En fin, está labrada mi desgracia, pero algún día nos veremos junto a "taita Dios" y él que dispone todo sabrá perdonarme y mi alma se salvará del infierno".

Laborioso, dedicado a trabajos agrícolas, llegó a comprar una parcela de tierra que contaba con algunas cabezas de ganado. No ha sufrido privaciones de ninguna clase. Satisfacía sus necesidades y la de los suyos con relativa abundancia y comodidad, siendo ésto en realidad la máxima aspiración de un campesino.

Ha sido sano y sólo en los últimos años se enfermó de paludismo, sufriendo sus estragos durante varios meses.

Aficionado al alcohol desde la edad de 15 años bebió diariamente aguardiente de ínfima calidad. No hemos podido obtener datos de síntomas de intolerancia alcohólica o de complicaciones somáticas relacionadas con esta intoxicación. Ha "chacchado" (3), grandes cantidades de hojas de coca. No hemos podido investigar las consecuencias de este hábito.

EXPLORACION FISICA

Manuel B. es sujeto cuyo aspecto morfológico corresponde al de un organismo masculino bien conformado. Por los datos antropométricos presenta las características de los normoesplácnicos. Es sujeto cuyo tipo ha alcanzado su plenitud. Apreciamos desarrollo intenso de la latitud de la cabeza, pecho y vientre. Presenta cara ancha, medio hun-

(1) Soncco. Corazón.
(2) Huillcas. Nietos.
(3) "Chacchado" es masticar coca

dida entre los hombros sobre un cuello macizo. Vientre adiposo, tórax abombado y hundido, miembros pequeños sin grandes relieves musculares ni óseos. Articulaciones delgadas. Hombros redondos, altos, inclinados hacia adelante. Cabeza dirigida hacia la parte anterior del cuerpo y hundida (flexión xifósica).

Insertamos a continuación el esquema de la constitución conforme al plan de Ernesto Kretschmer:

I.—CARA Y CRANEO

Cara: Ancha, blanda, pastosa.
Ojos: Medianos, opacos.
Nariz: Pequeña, achatada
Boca: Grande.
Labios: Redondos.
Pómulos: Fuertes.
Maxilar inferior: Ancho.
Mentón: Débil.
Laringe: Pronunciada.
Piel de la cara: Mediana, mate, opaca.
Dientes: Medianos, irregulares.
Encías: Carnosas.
Orejas: Medianas, delgadas.
Frente: Mal delimitada, baja.
Perfil: Pobre.
Contorno frontal de la cara: Pentagonal.
Carácter de la cara: Correspondiente a la edad.
Cráneo: Grande.
Occipital: Redondo.
Protuberancias: Occipital mediana.
Asimetría: Asimetría facial.

II.—ESTRUCTURA DEL CUERPO

Esqueleto: Mediano.
Articulaciones: Medianas.
Musculatura: Mediana.
Cabeza: Mediana, hundida.
Cuello: Aplastado, corto.
Brazos: Medianos.
Piernas: Medianas.
Manos: Pequeñas, duras.
Actitud: Mediana.
Pies: Medianos.
Hombros: Redondos, encorvado el reborde deltoideo.

Tórax: Abombado, ancho, tipo enfisematoso.
Abdomen; Gordo, adiposo.
Columna vertebral: Xifosis.
Pelvis: Masculin.a

III.—TEGUMENTOS

Piel: Mediana, opaca, flácida.
Vasos subcutáneos: Visibles.
Dermografía: Débil.
Arterias: Medianas, blandas.
Pulso: Mediano, tenso.
Venas: Visibles.
Aparato piloso: Negro.
Pelos: Medianos.
Ceja: Débil.
Barba: Débil.
En el tronco: No hay.
Sobre los brazos: No hay .
Sobre las piernas: No hay.
En ías partes genitales: Débil.
En las axilas: No hay.
En la cabeza:
Límites: Sobre las sienes y el cuello.
Angulos temporales: Encorvados.
Cabellos: Medianos.
Cejas: Ralas.
Barba: Escasa.
Sistema piloso genital: Disposición femenina.
Revestimiento piloso del cuerpo:
Velios: Carece de vellos.

IV.—GLANDULAS Y VISCERAS

Testículos: Medianos.
Organos genitales: Grande.
Tiroides: No se palpa.
Bocio: No hay.
Glándulas mamarias: Masculinas.

V.—MEDIDAS

Estatura: 1.50 m.
Peso: 55 kg.
Perímetro del tórax: 92 cms.
Perímetro del vientre: 77 cms.
Perímetro de las caderas: 78 cms.

Perímetro del antebrazo: 25 cms.
Perímetro de la mano: 22 cms.
Perímetro de la pantorrilla: 31 cms.
Longitud de las piernas: 80 cms.
Longitud de los brazos: 65 cms.
Anchura de los hombros: 36 cms.
Anchura de la pelvis: 24 cms.
Cráneo:
Circunferencia horizontal: 53 cms.
Diámetro sagital: 17.5 cms.
Diámetro frontal: 14.5 cms.
Diámetro vertical: 19.5 cms.
Altura de la cara: 10.5 cms.
Altura de la nariz: 4,5 cms.
Anchura de la cara: 13.5 cms.
RESUMEN: Tipo constitucional: Pícnico.

La exploración de los diversos aparatos del organismo en un examen clínico general no muestran anormalidades dignas de mayor mención.

Aparatos circulatorio y respiratorio: Indicios de calcificación arterial. Tórax de tipo enfisematoso. Tensión arterial Mx.16.Mn.11.

Organos pelvianos: Micción y defecación normales.

Organos sensoriales: Movimientos oculares, reflejos conjuntival y corneal. Reacción a la luz y a la acomodación normales. Agudeza visual perfecta. Audición, olfación y gustación normales.

Nervios periféricos: Trigémino, facial, lingual, glosofaríngeo normales. No hay temblor en las manos. En la prueba dinamométrica apreciamos mayor fuerza en la derecha.

Reflejo patelar: Exaltado.

Reflejo del tendón de Aquiles: Normal.

Signo de Babinski: Normal. Oppenheim: Normal. Romberg: Normal. Sensibilidad térmica, dolorosa, barestésica, tactil y profunda, así como la motricidad las reacciones son normales.

Lenguaje y escritura: No sabe escribir. El castellano lo habla con dificultad, en cambio tiene soltura al producirse en quechua.

Reflejo óculo-cardíaco: Normal, disminución de cuatro pulsaciones por minuto durante la compresión ocular.

Prueba de Danielopulo.

Tono vagal = 36.

Tono simpático = 136.

Resultado: Hipersimpaticotonía de leve grado.

"Sujetos cuyo organismo se compara a una máquina que funciona con velocidad, y cuyas reacciones son vivas,

pero que pueden agotarse prontò; sujetos hiperemotivos, inquietos, hiperestésicos, impacientes, angustiados, muy sensibles a los contactos y vulneraciones de las personas de su ambiente". (1).

REACCIONES DE LABORATORIO

Examen de sangre: Reacción de Wasserman: Resultado negativo.

Examen de líquido céfalo raquídeo: Reacción Wasserman: Negativo.

Examen citoquímico: Normal.

Análisis de orina: Investigación de elementos anormales: Negativa.

EXPLORACION PSIQUICA.

Aspecto físico vigoroso, rostro de color opaco, mirada socarrona, expresión humilde, al hablar se entusiasma sobre todo cuando se refiere al hecho criminoso que motiva el presente estudio. Su acogida siempre ha sido cordial.

Viste sencillamente pero se pueden apreciar ciertas afectaciones que se han puesto de relieve en las oportunidades en que Manuel B., ha trabajado en el teatro del Hospital, interpretando los bailes populares de su región.

Posee relativa noción del tiempo, lugar y espacio. Se defiende manifestando que por ser serrano no conoce la marcha de los días. Relata los antecedentes de su vida con expresión de simpatía, dice que siempre ha sido trabajador pero amante de la fiesta, del baile y de alegrar su espíritu con el alcohol serenando su ánimo con la coca. Los exámenes practicados fueron todos ellos aceptados de buen grado. Antes de someterlo a las pruebas se hicieron ensayos con el objeto de orientarlo, labor que fué realizada en el idioma quechua. En algunas oportunidades fracasaba en los tests, no por incapacidad—caso de la memoria—sino por falta de precisión para conceptuar el contenido de la experiencia. En las experiencias manuales con explicaciones gráficas—tipo Sante De Sanctis—su rendimiento ha sido superior.

El estudio de la atención fué verificado por medio del test de los ceros del profesor Valdizán, cuya introducción en la psicología experimental y técnica insertamos a continuación.

(1) H. Delgado. "La experiencia penosa respecto del sexo "opuesto" en la génesis de un delito pasional. Pág. 17".

(En 1918 el profesor Hermilio Valdizán, Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Lima, puso en aplicación el test de los ceros que ofrece grandes ventajas clínicas.

El Test está constituído por una larga hoja de papel en hileras de ceros de máquina de escribir, agrupados de diez en diez y colocados en al misma línea a diferentes alturas con el objeto de evitar el engaño que consistiría en hacer en cada línea tarjados homólogos con los de la línea anterior.

Preparando el sujeto al experimento, se le invita a borrar, lo más rápidamente que le sea posible, línea por línea un cero sí y un cero nó. Comenzada la operación, el experimentador va anotando a cada minuto medido al cronógrafo, el lugar en que ha quedado, en su trabajo el sujeto de experimento, cuidando de anotar en un papel diverso los hechos que pueda observar: Racciones vaso motrices, expresión de desagrado, sudores, expresión de aburrimiento. Concluído el experimento, el experimentador cuenta los ceros borrados en cada minuto y los errores observados y con estas cifras forma las gráficas respectivas; la primera corresponde al trabajo de atención. Y la segunda a la fatigabildiad del sujeto, a la distraibilidad.

El Test tiene la ventaja de suprimir por tratarse de un signo tan familiar como el cero, la acción inhibitoria de asociaciones a que puede dar lugar el tarjado de una letra en un escrito largo, así como la de suprimir el esfuerzo de memoria necesario para conservar la dirección del signo, como en el Test de Toulousse, además suministra datos respecto al tipo afectivo del sujeto: escrupuloso, rectificador, apasionado, inhibido por los errores).

En esta prueba Manuel B., exhibió una serenidad lindante con la indiferencia, aunque matizada de irrupciones de egolatría, expresadas en un cándido esfuerzo por demostrar gran rendimiento.

En el test apreciamos el puntaje de 45 ceros con varios errores en cada minuto que aumentan proporcionalmente al número de ceros tarjados; la fatigabilidad se presenta al décimo minuto de la prueba manifestándose franca y ascendente imposibilitando la continuación de la experiencia en el décimo quinto minuto, en que cesa bruscamente poniendo de manifiesto inestabilidad emocional.

La memoria de evocación es brillante. Hay riqueza de recuerdos y de situaciones que se relacionan con su individualidad. Fechas, nombres, acontecimientos son narrados con espontaneidad. En la memoria de fijación se puso en práctica el método de Ebbinghaus con resultados menos ha-

lagüeños, pues apreciamos decadencia relativa en este sector de la memoria.

No se constatan trastornos psicosensoriales.

En el juicio encontramos los residuos de un proceso delusional de contenido celotípico y de influencia. Acepta que el hecho criminoso fué realizado por las maniobras brujeriles de su esposa.

La ideación es simple, asocia las imágenes con la vivacidad y el sentido pintoresco de los indígenas. En el idioma quechua expresa en forma coherente las ideas haciendo gala de refranes, vocablos folklóricos y leyendas vernaculares. Es incapaz de abstraerse y de generalizar. Posee la capacidad observadora de su raza. Es discutidor, resentido y de fácil tendencia a las reacciones de hecho, cuando considera que es objeto de burla.

Para el estudio de la capacidad intelectiva se aplicó el test de Sante De Sanctis observando que los errores se inician en la cuarta prueba: Omite varios cubos que debía señalar. En la quinta prueba cuenta mal y no diferencia exactamente el tamaño de los cubos. En la sexta prueba la primera pregunta es bien contestada, la segunda mal, tercera bien, cuarta mal.

Siguiendo la pauta del profesor Sante De Sanctis, la calificación como insuficiente mental de grado intermedio.

La exploración psíquica ha sido realizada de acuerdo con el modelo recomendado por el profesor Dr. W. Weygandt y adaptado en el Hospital Larco Herrera por el Dr. Baltazar Caravedo.

Cómo se llama Ud?— Manuel Balabarca Huamán. Qué edad tiene?— 40 años. Qué año nació?— No sé, nadie me avisó. Fecha del día y del año actual?— No sé, yo no sumo los días, soy serrano. Es Ud. soltero o casado?— Casado con Estefanía Mejía Yanac. Tiene Ud. padres?— Son muertos. De cuántos miembros se compone la familia con la cual vive Ud?— Siete: mi mujer, dos hijos, dos entenados y yó. A quién quiere Ud. más de su familia?— A mi mujer. Es o ha sido engreído de su papá o de su mamá? De mi mamá, pero más de mi abuelita. En dónde estamos ahora?—En Magdalena Mar. Cómo se llama esta población?— Hospital. Por qué ha venido Ud. aquí?— A curarme por orden del Tribunal de Huarás. Cómo se llama esta casa?— Magdalena Mar. Está Ud. enfermo?— Nó. Me conoce Ud?— Sí. Sabe Ud. mi nombre?— Como no voy a saber. Cómo se llama esta persona?— Moto. Qué alimentos ha tomado Ud. hoy?— Doble te con dos panes. Tiene Ud. apetito?— Nó, como a mis horas. En dónde se encontraba Ud. hace tres días?— Aqui en el comedor trabajando. En dónde estaba hace dos sema-

nas?— Lo mismo aquí. Siente zumbidos de oídos?— No. Oye ruidos o silbidos?— Como no porque aquí hay 300 locos. Le ha cuchicheado alguien al oído? No. O le hablan algunas personas?— Nadie. Ud. las ha visto?— Ha visto relámpagos, resplandores?— Sí en la sierra y esos bien fuertes. Ha visto sombras en la obscuridad?— No he visto. Fantasmas?— Tampoco. Siente malos olores?— Sí. En dónde?— En el escusado. Tiene pesadillas?— No. Qué sueña Ud?— Andando,. trabajando, lavando el piso con los empleados. Siente algo raro en su cuerpo?— Nada. Pinchazos, corrientes eléctricas, magnetismo?— De noche unas veces me encojo como si me cosquillaran. Le ha llamado la atención algunas cosas raras que hayan pasado a su alrededor?— Nada. Sospecha de alguna persona que le quiera mal?— Sí, de Asaldi que pega a todos. Le tiene envidia?— Sí. Hay personas que le critican?— Sí, todos los empleados. Que le persiguen?— Sólo en broma. No le guardan el respeto que se merece?— Como no. Acaso es Ud. persona de elevada categoría?— Sí, de buena familia. Posée Ud. fortuna?— Si con mi trabajo. No desea Ud. declarar su verdadera personalidad?—. . . Tiene Ud. que reprocharse alguna mala acción?— Si para salvar a mi alma. Ha hecho Ud. mal a alguien?— A mi hermana Francisca, a mi ahijada Huamán y a Zúñiga. Ha sufrido Ud. desengaños?— Sí, de mi mujer. De qué clase?— De mi mujer que fué una puta y por quien cometí los crímenes. A qué edad comenzó a concurrir a la Escuela?— Chiquito, andando 12 años. Fué aplicado o nó?— Sí leí un poco. Era Ud. tormal?— Sí. Cómo se llamaba su profesor?— El 1.o Valentín Bonilla y el 2.o Espíritu Vega. Qué estudios hizo?— Leí Catón, Cartilla y por último un cuadreno de todas las oraciones, Dios padre mío. Yo te adoro Santa Cruz y otras. En qué ha trabajado?— Primero como chacarero y después en la carpintería. Diga los días de la semana?— Lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado. Ahora dígalos en orden inverso?— Sábado, viernes, jueves, miércoles, martes, lunes, sábado. Cuántos días tiene el año?— Eso no sé. Nombre de los meses que traen treinta días?— Noviembre, septiembre. Cuántas horas tiene el día?— 12 horas. Cuántos minutos la hora?— Eso no sé. En que se diferencia el día de la noche?— Soy ciego, soy tuerto. Sabe Ud. cuantos habitantes tiene la población en que nació?— Muy poco, es estancia. A qué provincia pertenece?—A la de Carhuáas. Qué río pasa?— Chucchín. Diga el nombre de la capital de su provincia?— Huarás, Yungay. Diga el nombre de la capital del Perú?— No sé. De Inglaterra?— No conozco. De Francia?— Menos. De España?— Tampoco. De Bolivia?— Tampoco. De Ecuador?— Tampoco. Sabe Ud. cuales son los

principales países de América?— No conozco porque no he estudiado. Quién gobierna el Perú?— Presidente. Qué sabe de la guerra de la Independencia?— No sé nada. Antes de los Españoles, quienes gobernaron el Perú?— Esas cosas yo no sé. Sabe algo de la guerra del Pacífico?— Sólo sé que hubo guerra. Quién fué Grau?— No sé. En dónde murió Bolognesi?— Quién fué Cristo?— Tayta Dios. Cuál es su religión?— De Padre Nuestro, Dios te salve. Qué animales domésticos conoce?— Vaca, carnero, chanchito, cuye, gallina, perro, nada más. Qué clase de moneda se usa en el Perú?— Unas veces el sol de cheque, otras de plata y otras veces de níquel. Cómo podría enviar dinero de aquí a otro lugar?— Por carta con un paisano.

Manuel B. ha sido estudiado con la aplicación del test del equilibrio emocional de Woodworth, a fin de ahondar de una manera indirecta en la vida afectiva y de las tendencias.

A continuación anotamos las respuestas que dió durante el interrogatorio:

—¿Tiene Ud. sustos a menudo durante la noche?—"No".

—¿Ha caminado usted durante el sueño?—"No".

—¿Su corazón le palpita en los oídos al punto que usted no puede dormir?— "No".

—¿Las cosas le parecen vagas o ve nublado?— "No".

—¿Tiene usted a menudo, la sensación de ahogo?—"No"

—¿Ha tenido usted vértigos?—"No".

—¿Ha sentido usted alguna vez una presión fuerte en su cabeza o al rededor de ella?—"No".

—¿Ha tenido usted muchos dolores de cabeza?—"No".

—¿Se ha desmayado alguna vez, con frecuencia?—"No".

—¿Ha tenido Ud. paralizado alguna vez un brazo o una pierna?: Cuando estaba preso en Carhuás, mis contrarios que se habían citado en congregación para hacerme una emboscada en conjunto para darme muerte, esperaban una ocasión precisa para entrar y atacarme, yo oía los insultos que decían contra mi persona, entonces sentía que poco a poco mi mano izquierda y después todo el brazo, se iba adormeciendo y me pesaba hasta que no lo pude mover, se me puso como que no era mío, completamente muerto; en esos instantes, cuando ya iban a entrar mis adversarios, nuestro Señor Jesucristo se interpuso y con su presencia me salvó; yo le ví claramente como cuando uno lo vé en un cuadro de libro de misa, me hinqué en sus cercanías y le oré hasta que me quedé completamente dormido y cuando desperté lo primero que hice fué mover mi brazo para convencerme si estaba lo mismo que cuando me había quedado dormido y comprobé que estaba sano, ya no estaba muerto.

—¿Ha perdido alguna vez la memoria por algún tiem-

po?— Algunas veces por casualidad, pero siempre he tenido buena memoria.

—¿Tuvo usted una niñez feliz?— Mucho me han querido y he sido muy feliz; la hermana a quien maté fué como mi madre, un pedazo de pan lo partía gozosa con su Mañu; en mi casa todos estimulaban mi trabajo y de ese modo me entregaba a mis faenas lleno de contento y ganaba bien, por eso era feliz, tenía bienes de mi propiedad.

—¿Fué usted feliz a la edad de 14 a 18 años?— Siempre alegre, no habían penas ni enfermedades.

—¿Fué usted considerado como un mal muchacho?— Ñaña Balabarca, ñaña Mañu, buen muchacho, siempre me dijeron.

—¿Cuando muchacho, cómo le gustaba jugar más, solo o con amigos?— Con todos los muchachos de la campiña, con mis primos, siempre con otros de mi clase, solo no se puede jugar y siempre conforme.

—¿Alguna vez fugó usted de su casa?— Solo cuando me casé y cuando mi mujer me peleaba; cuando soltero solamente cuando iba a hacer negocios al pueblo, después siempre he cuidado la casa, nunca me he ido como los cimarrones.

—¿Le han tratado siempre con justicia?—Siempre con justicia, nunca he tenido queja.

—¿Le trataron sus maestros generalmente bien?—Por burla o cariño algunas veces me han palmeteado.

—¿Sabe usted de alguien que esté tratando de hacerle daño?—Como no, mis vecinos, mi tía, mi hermana, me hacían daño con los animales en la chacra, se descuidaban a propósito para que entraran a dañar la sementera.

—¿Las gentes le critican a usted más de lo que se merece?—Por burla no más algunas veces mis amigos, o la famili.a

—¿Le pone irascible el licor?—Cuando estoy en copas me pongo muy busca pleito, muy caliente, pero sólo con los que se propasan en bromearse, en fastidiarme, pero muy cariñoso con mis familias y con las personas de respeto. muy caliente con los que me fastidian o me contradicen.

—¿Cree usted que la bebida le ha hecho daño?—No.

—¿Se ha hecho usted daño por la masturbación?—Nunca me masturbé, cuando muy muchacho tuve mujer, una viuda que me enamoró y me rompió la inocencia.

—¿Alguna vez ha creído usted perder la virilidad?—No, porque me he cuidado, aunque me han enamorado las mujeres no me he inquietado fácil, solamente he tenido tres mujeres y siempre me he sentido lo mismo, fuerte.

—¿Alguna vez ha tenido usted algún shock nervioso? —Nunca; cuando cometí el crimen estaba caliente, pero no nervioso.

—¿Alguna vez ha tenido usted alguna visión?—El 7 de diciembre maté al "ichic-ollco" (1) que durante 8 años se había agarrado a mi mujer y le había hecho sufrir; mi mujer se puso a tal punto que yo no podía ni acercarme a su lado, porque inmediatamente los celos del diablillo la obligaban a agredirme, entonces yo me ponía a llorar como una mujer; desde que vivía con el diablillo yo no podía ni acercarme a su cama, no me consentía, es por eso que yo, haciéndome el que no sabía nada, lo espiaba para matarlo. Un día, después de 8 años de haber vivido en este martirio, lo encontré que merodeaba por la casa, ya no estaba con su disfraz, porque siempre estaba escondido en forma de perro, gato y ratón. Mi mujer le hablaba como al cristiano. Por eso lo maté y lo quemé con la viruta del taller. era el mismo "ichic-ollco".

—¿Alguna vez ha tenido costumbre de tomar alguna droga?—Aguardiente. Coca. Chicha y cigarros. Cuando entregaba obras me emborrachaba como todos los carpinteros con chicha y ron. Diario tomaba un botella de "patriota" (aguardiente). Ahora a veces chaccho coca.

—¿Ha sido usted incomodado alguna vez por el sentimiento de que alguien leyera su pensamiento?—No.

—¿Alguna vez ha tenido usted la rara impresión como si usted no fuera su antiguo yo, su antiguo ser?—No.

¿Alguna vez le ha incomodado la impresión de que las cosas no son reales?—No.

—¿Alguna vez le ha incomodado la idea de que la gente le mira en la calle?—Algunas veces, cuando he llegado al pueblo, pero nunca he hecho caso.

—¿Le pone intranquilo tener que atravesar una calle ancha o una plaza abierta?—No, siempre he sido sereno, no me incomodaba nada, menos por atravesar las calles; podía hablar con los patrones, los blancos y demás "leídos" sin miedo ni vergüenza.

—¿Sabe usted lo que necesita hacer próximamente, con precisión?—Siempre preciso y anticipado.

—¿Puede usted hacer bien su trabajo cuando es mirado por otras personas?—Cuando solo, con más esmero y precisión; mirado, mal y sin tranquilidad; no sirve trabajar cuando nos miran.

(1) "Ichic-Ollco"-Diablillo, Dios de las aguas. Mito de los indios peruanos que se explicará en capítulo aparte.

—¿Se atolondra usted fácilmente?—Sereno, no atolondrado, siempre sereno.

—¿Su espíritu vaga tanto que usted pierde el rastro de lo que estaba haciendo?—No, siempre he estado a la espectativa de lo que hacía.

—¿Puede usted realizar los pequeños quehaceres del día sin fastidiarse con ellos?—Sumamente irritable con las cosas y las herramientas, pero no siempre.

—¿Cuando está usted en un sitio elevado, siente usted como si fuera a saltar, arrojándose?—Siempre he tenido gran serenidad, nunca me he ofuscado, antes me gustaba subirme a la punta de las rocas altas para hacer reventar mi chicote cuando tenía que ahuyentar a los pájaros en las chacras.

—¿De noche es usted mortificado con la idea de que alguien le sigue — No, sin miedos ni esas creencias.

—¿Alguna vez ha sentido usted un fuerte deseo de poner fuego a algo?—Para jugar o hacer leña, cerros enteros he quemado, también pajonales.

—¿Alguna vez ha sentido usted un fuerte deseo de robar las cosas?—En las huertas de fruta como todo muchacho, después a mi abuela le he robado pedazos de carne seca que cocinaba clandestinamente a media noche juntamente con verduras que robaba de las huertas, siempre he robado, sobre todo carnes, pero nunca cuando he estado crecido.

—¿Ha tenido usted alguna vez la costumbre de tartamudear?— Cuando estaba borracho algunas veces.

—¿Alguna vez ha tenido usted la costumbre de morderse o comerse las uñas?— No, pero siempre me gustaba cortármelas de raíz.

—¿Es fácil hacerle reír a usted?— Fácilmente, también he sido muy gracioso, bromista, jocoso, pero cuando me "calentaba" no respetaba a nadie.

—¿Es fácil encolerizarle?— Muy fácil señor.

—¿Es fácil encjarle o resentirle?— Sumamente fácil pero no soy rencoroso a pesar de que me caliento rápido de cualquier cosa.

—¿Suelen sus sentimientos cambiar de la felicidad a la tristeza y de la tristeza a la alegría sin razón alguna?— No.

—¿Se siente usted triste o con el ánimo deprimido la mayor parte del tiempo?— Antes de estar preso, perennemente he sido alegre, pero después de preso casi siempre triste (Sabemos que siempre se le ve alegre, expansivo, entusiasta, irónico, mercantilista y socarrón).

—¿Ha tenido usted alguna vez un fuerte deseo de suicidarse?— No, nunca, siempre he sido resignado cuando he

estado en desgracia o con la tragedia de mi hogar, nunca pensé en matarme.

—¿Ha tenido usted alguna vez convulsiones?— Nunca señor.

—¿Ha tenido usted alguna vez anemia marcada?— No, nunca, siempre lo mismo.

—¿Ha tenido usted dispepsia?— No.

—¿Alguna vez ha sufrido usted de asma?— No.

—¿Ha sufrido usted alguna vez de quebranto nervioso? —No, nunca me he sentido nervioso ni he sido nervioso.

—¿Ha temido usted alguna vez perder la razón?— No, nunca he pensado en eso, no se me ocurría.

—¿Ha sido algún miembro de su familia, insano, epiléptico o débil de la mente?— Si, mi padre, pero no lo conocí, él padecía de epilepsia.

—¿Alguien entre su familia se ha suicidado?— No, nadie.

—¿Alguien entre su familia ha tenido costumbre de usar alguna droga?— Tengo unos primos que son borrachos y mujeriegos, nada más.

—¿Puede usted resistir el dolor con quietud?— "Aguanto, claro, según".

—¿Puede usted soportar la vista de la sangre?— "Un poco, no pienso en nada, sólo pregunto de quién es o de qué es esa sangre".

—¿Puede usted resistir olores desagradables?— "No, me retiro".

REACCIONES ESPECIALES

Inyección subcutánea de 0.05 gr. de cocaína dió resultados negativos.

Ingestión de vino, media botella de vino dulce artificial, dió resultados negativos.

Luminalización progresiva y suspensión brusca resultados negativos.

Prueba de Collip y Backus, dió resultados negativos.

Tratamiento con monobromuro alcanforado y suspensión brusca dió resultados negativos.

Inyección de peptona de Wite dió resultados negativos.

Experiencias que han sido verificadas para la búsqueda de la epilepsia.

EL MITO DEL ICHIC-OLLCO

Traducido literalmente quiere decir pequeño hombre (Ichic: pequeño y ollco: hombre), pero según el mito Ichic-

aguas que manan en los lugares apartados y que a partir de la media noche sale de paseo. Dios de las fuentes y de los manantiales, de largos cabellos blancos como la nieve, hace ruidos especiales semejantes a los de las cascadas por medio de un tamborcito.

En la región del departamento de Ancash, lugar en donde se verificó el múltiple homicidio de Manuel B., existe la creencia arcaica en los indígenas, de que existe un ser sobrenatural con aspecto de hombre muy pequeño, con la morfología somática que caracteriza a un enano, de cabellos plateados, que descansa en las fuentes y cuya finalidad de mayor relieve y casi específica en sus contactos con los seres humanos es la de interponerse en el núcleo conyugal. Hechiza a la cónyuge, se hace dueño absoluto de sus caricias y con sus poderes mágicos se impone a la afectividad de las mujeres casadas que en todo instante son poseídas por este diablillo tentador del Eros femenino que en su maldad destruye el amor de las esposas. El mito indica que Ichic-Ollco tiene el don de encarnarse en los animales más queridos en el hogar o de la mujer a quien se enamora. Cuentan los indios que una vez que el Ichic-Ollco ha logrado "embrujar" a la mujer, ella se vuelve astuta, sutil e irascible y desdeñosa frente al marido a quien no permite ni siquiera la intención de cohabitar con ella. Si por el azar puede el marido vencer la fuerza negativa de la esposa y pretende poseerla, el Ichic-Ollco logra imponerse improvisando alguna situación en la que el marido advierte un peligro para su persona o interés. (A este respecto Manuel B., nos refería que en cierta oportunidad había logrado dominar a su esposa y cuando ya consideraba que podía gozar con ella escuchó que las ovejas de un campo vecino balaban en sus propiedades; entonces tuvo que abandonar el lecho para atender a esos animales que habían sido introducidos por el Ichic-Ollco con el fin de fustrar su intento de coito).

En la mentalidad de los indígenas los mitos arcaicos configuran muchos aspectos psicopatológicos.

COMO APRECIA MANUEL B., SU DELITO

"Yo no tengo la culpa de mi desgracia. Antes era feliz y quería a mi esposa a pesar de ser vieja, fea y con "huillcas". Pero a los dos años de casados me dí cuenta que mi mujer me engañaba con el Ichic-Ollco. Esto no lo hubiera adivinado jamás si no hubiera sido por ella misma; pues en persona me decía que Ichic-Ollco era "pequeño", "muy simpático", "de cabellos blancos como la nieve", que andando

por las noches se burlaba introduciéndose en el cuerpo de un perro, de un cuy y de un gato; "es muy lindo, le he oído tocar violín en la "collca" de tu abuelito", me decía. Traté de convencerme y aprecié que ella no era cariñosa como antes, comprendí que me odiaba, que me quería mal, que me tenía "brujeado"; pues tenía "otro" y ése "otro" era Ichic-Ollco. Una noche ví con mis propios ojos que entró a la cama de mi mujer en forma de pericote y al poco rato "empezaron a hacer" como dos personas humanas, escuché que se besaban, ví como se movían. Yo me callaba, no decía nada, chacchaba mi coca para rumiar en silencio mi pena y tomaba mi aguardiente para ahogar los dolores que hormigueaban mi "soncco". Solo, sin ser visto por nadie iba a la Iglesia, me arrodillaba con fervor y llorando le contaba a "Taita Dios" todo lo que me pasaba... Cuántas veces le he dicho llorando a gritos ¡Tayta Dios, soy Manuel B., tu hijo, tu sangre, tu cuerpo, dame fuerzas para resistir este ultraje de mi mujer! Le contaba a Tayta Dios lo que hacía el Ichic-Ollco, todo lo que veía, todo lo que pasaba; pero a los demás no les decía nada, ni a mi hermana Francisca, ni a mi propia mujer le daba entender mis penas y mis celos, por el contrario la trataba con cariño, cuando la veía un poco triste le decía "qué tienes Esticha", "qué te pasa", pero interiormente yo me decía "espérate, algún día me lo vas a pagar; algún día te he de matar".

Todas las noches se repetían las entradas del Ichic-Ollco y todas las noches hacía lo mismo. Apenas me quedaba dormido el bandido entraba en forma de perro, de gato y de ratón. Durante ocho años he sufrido no sólo la privación de mi apetito sexual sino lo que es más, insultos y agresiones de mi esposa, tenía que huír de la casa porque el Ichic-Ollco se metía desde tempranito y mi mujer se ponía de genio imposible de soportar. Ella era antes provocativa pero cuando se comprometió con el diablillo se negó a cumplir su papel de esposa conmigo. Me trataba mal, y también a mis hijitos, por esto comenzó a germinar en mi alma el odio a la mujer y la sed de venganza me asfixiaba el corazón.

Esto duró hasta el 7 de diciembre de 1930. El día anterior mi mujer me rechazó como de costumbre, entonces lloré como niño, maldiciendo mi suerte, pero siempre teniendo esperanzas de Tayta Dios. No pude dormir, estuve despierto hasta media noche, y entonces sentí que entraba Ichic-Ollco, se dirigía a la cama de mi mujer y la gozaba. Entonces no pude contenerme, me levanté y la llevé a la fuerza a la puna; mucho la golpeé hasta que regresamos con las yuntas. Cuando llegó a la casa se echó a la cama y no quiso cocinar. por eso la tomé de los cabellos y la puse en la puerta

maldiciendo mi suerte y la hora de haber conocido aquella mujer. Fuí al trabajo pero las yuntas que estaban enseñadas por mi mujer se pusieron como "cabras", pues no me obedecían por más que les pegaba, hasta que el arado me dió un golpe en la pierna, que curé con "yerba santa". Arrastrándome fuí a la casa donde encontré a mi mujer y a mi hijita Rosita, quien me dijo señalándome un cuy "papá mira ese cuy". Yo me levanté, tomé el cuy y lo quemé, en ese momento ví que mi color cambiaba de negro en blanco y las manchas que tenía en la cara se me borraron. Una vez que dí muerte al "marido" de mi mujer tomé una azuela y golpeé a la que tanto tiempo me venía engañando, pero ella se salvó; dí la vuelta y ví a mi hija convertida en ese perro negro que por las noches entraba a casa, al mismo tiempo sentí que en mi mano derecha se paraba un "hombre" pequeño, color candela, le quise matar y fué en ese intento que me hizo una herida cuya cicatriz llevo hasta la fecha. Salí desesperado, "como loco, sin rumbo pero con la idea de matar a mi mujer y a su marido; entré a otra casa cuya puerta destrocé con mi arma, pero el dueño me disparó dos balazos, seguí "puro loco" hasta que llegué a la casa de mi hermana Francisca y la encontré sentada en la puerta, pero ella no era la misma sino tenía la misma cara de mi mujer, el mismo vestido y por eso la golpeé con la azuela, a ella y a mi sobrina que era mi ahijada que tenía en la falda. ¡Ay pobre mi hermana! Cómo Tayta Dios permitió que cometiese semejante crimen. Pero el día que me presente ante El le lloraré y le pediré perdón.

De la casa de mi hermana salí igualmente "loco" y en el camino encontré un perrito negro que según me dijo el Juez del Crimen había sido el hijo de Juan Z., de cuatro años de edad, también le dí con la azuela. Al poco rato me persiguieron a garrotazos y balazos, pero no podían alcanzarme hasta que me echaron lazo como a los toros, me amarraron todo el cuerpo y me encerraron en un cuarto. Esa misma noche me quisieron asaltar los "diablos" montados en buenos caballos, pero Tayta Dios, era mi compañero y mi consuelo, y me defendió cuando los enemigos querían descuartizarme. Esa noche dormí terriblemente y amanecí con el cuerpo mojado de sudor. Muy temprano llegó mi hermana, me trajo comida y me avisó que había matado a Francisca; en ese instante, créame doctorcito, me desesperé, lloré como una criatura, como si hubiese muerto a mi mamá; a tal punto que ni hablar pude, porque el corazón se me quería salir. Por la tarde llegó el Juez del Crimen y le hice una confesión como le hago a usted. Yo no quería ma-

tar a mi hermana, ni a mi sobrina ni al hijo de Juan Z., sino vengarme del Ichic-Ollco.

CONSIDERACIONES PSIQUIATRICAS SOBRE EL CASO DE MANUEL B.

El homicidio múltiple realizado por Manuel B., ofrece al investigador complejas posibilidades para llegar a su comprensión. Existen factores de diversa naturaleza en la génesis del delito, pero para la clasificación psicopatológica encontramos puntos de referencia al estudiar la mentalidad de los individuos de la raza a que pertenece Manuel B. y la influencia proteiforme que los mitos arcaicos tienen en su desenvolvimiento.

Si aceptamos que todo acto delictuoso es el resultado de causas, guiados por este criterio apreciamos que el delincuente no puede aludir las determinantes de su hecho criminal. En el caso concreto que hemos estudiado, no se descubren esas causas; pues Manuel B., no tenía por su hermana Francisca sino afecto, respeto, gratitud y consideración, por la forma como él la sabía proteger en sus discordias conyugales. Tampoco se encuentra circunstancia alguna que pueda justificar el encono de Manuel B., con los menores victimados ni con las personas heridas. Esta particularidad suficientemente demostrada permite sostener que no existió en el agente la intención de matar y que su vida intelectual, afectiva y volitiva estaban vulneradas por la acción de causas extrañas.

No hemos pensado en una simulación de alteración mental en el acusado pues bien sabemos que ha vivido en medio ambiente en donde no se conocen las modernas tendencias de la criminalidad; en la que la simulación es uno de los mejores medios de defensa.

En primer lugar estudiaremos los factores genéticos: Por la rama paterna el abuelo alcohólico crónico, "serio y callado hasta la muerte"; y el padre, enfermizo, alcohólico, epiléptico, con antecedentes de trastornos mentales (se creía perseguido por las almas) nos ofrecen datos de factores que relievan el potencial epileptógeno de Manuel B. Está aceptado por las investigaciones de Rudín y su escuela, que los hijos de los epilépticos presentan una exposición de un 10% a sufrir el mal comicial. Además es frecuente en los descendientes, la narcolepsia, hemicraneas, enuresis, sonambulismo, deficiencia mental y labilidad por los tóxicos.

En la rama materna existen factores esquizotímicos: Abuelo: tipo de introversión; abuela irritable y cruel. Madre: tacaña, introvertida.

En los hermanos, llama la atención: Crisola, esquizoide, que sin causa permanece en cama durante meses con signos marcados de negativismo, con antecedentes de misofobia; y María irritable, tacaña y propensa a ataques convulsivos.

En los tíos de la rama materna encontramos personalidades esquizoides, hipocondriacas y en la descendencia un caso de psicosis sintomática bien caracterizado.

Manuel B., nacido en el campo, de padres campesinos, en ambiente pleno de supersticiones y de creencias mágicas, criado en la ignorancia, desde niño ayuda al padre en labores de agricultura y al abuelo en la carpintería. Crece en medio en el cual el alcoholismo es constante. Desde la edad de quince años se intoxica con aguardiente de ínfima calidad y usa las hojas de coca para serenar "su ánimo cuando tiene tristeza".

El alcohol es uno de los factores importantes en la génesis del proceso delusional celotípico presentado por Manuel B., en los últimos años. El mito del "Ichic-Ollco", configura la alteración psicopatológica y exalta las reacciones anormales del sujeto en estudio.

Al calificar el delito en sí, con sus características de ferocidad, ensañamiento, alteraciones senso-perceptivas y la existencia de un estado crepuscular en que se percibe una interrupción de la conciencia o autoconocimiento subjetivo, experimentamos la impresión de que se trata del hecho criminal de un epiléptico, muy semejante en su desarrollo al "amok" de los malayos, que fuera estudiado por Kraepelin.

Por este motivo en nuestro estudio de Manuel B., en primer lupar hemos procurado definir la relación que tiene en el delito la epilepsia. Afirmamos el rol importante de la herencia y los datos relativos a las taras en la rama paterna. Se puede aceptar que existe un potencial epiléptico en Manuel B., que bajo las influencias de factores externos se actualiza.

No hemos comprobado la existencia de fenómenos convulsivos en la historia del paciente. En los datos caracterológicos (personalidad prepsicótica), se ignoran las alteraciones específicas del mal comicial (lentitud viscosa o explosividad; servilismo premiosidad, pesadez expresiva, brusquedad; alteraciones de la memoria, inestabilidad de las reacciones psíquicas). Los signos corporales y humorales así como los morbosos no ofrecen relación con la citada entidad.

En los estados crepusculares propios de la epilepsia se constata que el recuerdo de lo ocurrido parece borrado o confuso, la comprensión disminuída y la orientación en el tiempo y en el espacio desaparecida por completo. En el caso de Manuel B., no se encuentran estos datos.

La personalidad de Manuel B., ofrece muchos rasgos de "primitivismo mental". Se le puede comparar a las mentalidades infantiles y salvajes en las que predominan las reacciones afectivo-emocionales. Este aspecto y las características de sus reacciones nos inducen a pensar en la existencia de una personalidad psicopática. Se aprecian perturbaciones de la conducta ligadas a alteraciones afectivas subjetivamente molestas y la existencia de un déficit en su equilibrio intrapsíquico, fácilmente perturbable por las influencias del ambiente o la acción de los tóxicos. La inestabilidad de las reacciones afectivas, el egocentrismo exaltado y la creencia en mitos y supersticiones engendran la aparición de ideas sobrevaloradas o, ideas de carácter delusivo.

Por la violencia y brusquedad reaccional se le puede incluir entre los tipos de personalidad psicopática denominados explosivos. Manuel B. posee gran excitabilidad emocional, tendencia a las reacciones coléricas, y predisposición a la descarga de esta excitación a las vías motrices.

Debemos consignar que si bien Manuel B. es un tipo de personalidad explosiva no hemos encontrado al realizar su estudio temperamental los rasgos característicos del llamado "humor epiléptico".

Para eliminar la posibilidad de la existencia de un estado oligofrénico hemos realizado pruebas mentales con resultados satisfactorios. Manuel B., si bien en los Test de la memoria presentó relativas deficiencias, ellas pueden inculparse a incapacidad de juzgar el sentido del experimento, pero no podemos afirmar que un individuo que proporciona los datos tan precisos, definidos, matizados con fechas, anécdotas y relatos pintorescos pueda presentar hipomnesia. En el Test de Sante De Sanctis su conducta alcanzó mayor grado y los resultados fueron buenos.

Por los datos de la historia apreciamos que Manuel B., ha sido persona independiente, capacitado para el trabajo, que poseía conocimientos de agricultura y carpintería y que pudo adaptarse a los requerimientos de la comunidad, manteniéndose independiente de toda ayuda o protección externa.

Sintetizando, en la historia del sujeto no se encuentran características de alteraciones mentales debidas a una primitiva insuficiencia o déficit del desarrollo psíquico. Con criterio psicoexperimental: Prueba de los Test y análisis de la inteligencia; y, juicio sociológico: Capacidad de mantenerse independiente de toda ayuda o protección externa, adaptándose a los requerimientos de la comunidad; podemos afirmar que Manuel B., no es un oligofrénico.

Ante la conducta de Manuel B., se puede sospechar la

existencia en él de un sindrome paranoide en una psicosis esquizofrénica. El predominio de los fenómenos pseudo perceptivos y delusivos, el contenido persecutorio de su alteración del juicio, la influencia transitiva y las ideas mágicas se presentan en los casos paranoides definidos.

En Manuel B., no se puede negar que existen puntos de contacto con esta variedad de la esquizofrenia, pero al estudiar la personalidad total del individuo constatamos por el carácter y la fenomenología de las pseudo percepciones que son distintas a las propias del esquizofrénico; que las alteraciones de la memoria (ilusiones del recuerdo, criptonesias, impresión de lo ya visto) no se presentan, que las alteraciones del pensamiento en su aspecto fenomenológico toman diversas direcciones; que no existen perturbaciones del lenguaje: alteraciones de la forma, neologismos, estereotipias verbales, pararespuestas, mutismo, etc.; que Manuel B., no ha presentado perturbaciones de la afectividad con las características de "embotamiento afectivo", "autismo", "ambivalencia, paratimias, etc." y que no podemos definir alteraciones de la personalidad y de la conducta con el carácter absurdo, inadecuado, sin orden, propios de los tipos esquizofrénicos.

La paranoia celotípica también ha merecido ser tomada en cuenta. Podemos aceptar la desviación del modo de desarrollo intelectual; un proceso de alteración del juicio que aumenta en forma progresiva y que se estructura bajo la interacción de influencias endógenas (factores genéticos) y exógenos (intoxicación alcohólica), (influencias del ambiente, mitos, leyendas).

El alcoholismo de Manuel B., debe ser estudiado en forma exhaustiva. Sabemos por Weygandt, autoridad notoria en Psiquiatría Forense que el alcoholismo crónico tiene extraordinaria importancia diagnóstica no sólo porque en muchos casos pasa inadvertido, sino por la naturaleza de los hechos antisociales y las alteraciones psíquicas de los sujetos.

Manuel B., se inicia en la intoxicación alcohólica a la edad de 15 años. Al comienzo bebe, por tradición vernacular, para obtener un provecho psíquico, la alegría del alcohol; años después ya se intoxica para olvidar sus molestias psíquicas y físicas. Se forma el círculo vicioso de Binswanger, citado por Mira López "el impulso a la bebida conduce al hábito, éste lleva a la intoxicación, la cual a su vez fija nuevamente el primero y lo transforma en necesidad vital inaplazable".

El alcohol bebido en forma crónica, afecta las funciones psíquicas superiores, disminuye la capacidad crítica, los afec-

tos vienen a menos y la ideación lógica es vulnerada. Brutal, egoísta, daltónico en lo moral, deficiente en la actividad intelectual y con el apagamiento progresivo de la actividad sexual conservando el impulso psíquico, el alcohólico, si posee personalidad previamente tarada, (caso Manuel B.) edifica construcciones celotípicas bien definidas.

Sikorski en su Psicología Criminal al estudiar los alcohólicos divide en tres períodos las modificaciones graduales del carácter que se produce bajo la influencia del alcoholismo crónico. El primer periodo se caracteriza por la debilitación del razonamiento ("predominio de las asociaciones externas sobre las internas") y de la atención así como la debilidad de la volición, al afán de diversiones ligeras e insulzas. El segundo período que lo titula de grosería moral y fanatismo, lo caracteriza por la pérdida o descenso de los sentimientos superiores que llevan en su complejidad el nombre "de conciencia y vergüenza". El equilibrio moral queda roto, dando rienda suelta a los sentimientos y pasiones interiores. Estos últimos al ocupar situación dominante en el espíritu, predisponen a la acción violenta y desenfrenada, de allí, el embotamiento moral, la irritabilidad, el impudor, el cinismo y la crueldad. El tercer período es el de las complicaciones psiquiátricas.

En personalidades taradas como Manuel B., la deformación psíquica y la embriaguez se auxilian mutuamente. En los instantes en que tiene la conciencia de que su vida ha sido quebrantada por condiciones desfavorables, busca el consuelo en el aguardiente y en la coca, exaltándose los endorrasgos psicopáticos (potenciales epileptoides y esquizotímicos).

Individuo con tendencias paranoides, crédulo de las actividades de los brujos, influenciado por leyendas del folklore popular peruano y con ideas delusivas de celos, sus alteraciones sensoperceptivas las podemos interpretar con mayor exactitud si tomamos en consideración su reiterada tendencia a la ingestión del alcohol.

Para comprender la psicogenia de esta rica gama de anormalidades perceptivas presentadas en los últimos años por Manuel B., tenemos que estudiar la personalidad total del individuo y la participación incuestionable del pensamiento, palabra y sentimiento. Tenemos que apreciar que su significación la reciben del conjunto orgánico de tendencias, valoraciones y convicciones; del sistema de ideas delusivas y alteraciones del juicio (mito del "Ichic-Ollco") que precedían a los engaños de los sentidos así "como de los mismos esfuerzos de compensación, de equilibrio, de rectificación,

provenientes del fondo de la mentalidad normal que casi nunca se extingue por completo". (1).

Como signos típicos para definir la celotipia de Manuel B., deben citarse: la violencia nocturna de los episodios de celos que coinciden con la mayor intoxicación alcohólica; el carácter agresivo del proceso delusional; la fijación de las reacciones sobre la mujer; la extensión de las interpretaciones e intuiciones delusivas hasta alcanzar una falta definida de la capacidad de autocrítica y del juicio de realidad.

RESUMEN.

Manuel B., indio, casado, de 40 años, agricultor, se encuentra enjuiciado por homicidio múltiple. Hijo de epiléptico, el padre murió ahogado a consecuenrias de un ataque. En la rama materna se constatan rasgos acentuados de personalidades esquizoides.

Nacido en medio humilde de indígenas, padres campesinos, criado en ambiente de ignorancia, de mitos, desde su niñez se desarrolla en forma instintiva. El ambiente influye en el desarrollo de los conocimientos. Se acentuan las concepciones mágicas del pensamiento y las leyendas forjan creencias originales. Precozmente adquiere el hábito alcohólico y la intoxicación con hojas de coca. Bebe el "asua" (chicha de jora, bebida alcohólica de los indios peruanos), y chaccha coca. En la escuela estudia tres años y aprende a leer la cartilla y el Silabario. Juguetón, se dedica en la escuela a practicar con sus compañeros el "tacanacuy" (pugilato semejante al box) donde siempre solía vencer. En la carpintería llega a dominar el oficio y adquiere algunas ganancias que invierte en terrenos y ganado. No ha sufrido privaciones ni miserias. Satisfacía sus necesidades con la abundancia a que puede aspirar un campesino. Enamorado quería "casar mujer". Las primeras relaciones sexuales fueron con soltera de quien tuvo tres hijos que murieron en la infancia. Se separó de ella porque una viuda le robó el "soncco" (corazón). Se acusa el delito de haberla dejado sin motivo y tiene miedo que ella en venganza le haga decir una "misa" en su contra para "embrujarlo", pero agradece al "Creador", al "Taita Dios" (Padre Dios) que lo salvó de estas malas intenciones. Se casó con la viuda, vieja y fea, que tenía tres hijos ya casados, que tenía "huillcas" (nietos) porque seguramente lo embrujó. "Ella era amarradora, hechicera, bruja. Mantenía relaciones con el "Ichic-Ollco":

(1) Honorio Delgado. Psicología de la percepción.

Dios de los manantiales, de cabellos largos, blancos como la nieve, que transformado en perro, gato o pericote tenía citas con su mujer. En las noches escucha el rumor de las caricias y sufre alimentando ideas de venganza". Durante largos años vive odiando a la cónyuge. Un día va a su trabajo, sostiene una lucha con sus animales que llegan a herirlo, toma una azuela y hiere a su mujer levemente, encuentra a la hermana y la hiere mortalmente, igualmente hiere de muerte a dos niños. El mismo se ocasiona una herida en la mano derecha al considerar que el "Ichic-ollco" se ha posado en su palma. Considera haber muerto al "diablillo" que se había introducido en el cuerpo de sus víctimas.

Individuo de tipo pícnico; extravertido, comunicativo, animoso, explosivo, irritable. Mentalidad primitiva. Cree en "brujerías", en fuerzas misteriosas que pueden sacarle "el alma del cuerpo". Habituado a los tóxicos (alcohol-coca) su líbido se exalta pero la actividad genésica viene a menos. Se instala un franco proceso de alteración del juicio a contenido celoso y persecutorio: el "Ichic-Ollco" es el "marido" de su mujer y él ha logrado debilitarlo y ponerlo enfermo. Duración del proceso psicopatológico cerca de siete años. Crimen sin causas directas aparentes. Crueldad, ensañamiento, pérdida de la conciencia.

¿Delito de un epiléptico? Herencia: Positiva. Signos convulsivos, datos caracterológicos y síntomas morbosos: No se encuentran: Pruebas funcionales: Negativas.

¿Homicidio de un oligofrénico? En la historia del sujeto no se encuentran características de trastornos mentales debidos a una primitiva insuficiencia o déficit del desarrollo psíquico. Con criterio psicoexperimental: Test; y, sociológicos: Capacidad de mantenerse independientemente de toda ayuda o protección externas; se puede afirmar la negatividad de la oligofrenia.

¡Paranoia celotípica? Se aprecia desviación del modo de reacción intelectual; desarrollo lento y progresivo de un proceso de alteración del juicio, que se estructura bajo la interacción de influencias endógenas (factores genéticos) y exógenos (intoxicación alcohólica, mitos folklóricos).

¿Alcoholismo crónico? Largos años de ingestión diaria de alcohol. Pseudo percepciones sobre las que se instalan concepciones interpretativas de tipo celoso, con mantenimiento de la lucidez del conocimiento. Síntomas psíquicos de la intoxicación: Irritabilidad, nerviosidad, egocentrismo, predominio del pensamiento catatímico, sugestibilidad psíquica. Predominio visual, dinámico y terrorífico-fantástico de las pseudo percepciones. Estado crepuscular de la con-

ciencia. Hecho delictuoso con características de crueldad. Violencia nocturna de los síntomas psíquicos (coincidiendo con la intoxicación). Carácter agresivo de las ideas delusivas. Extensión de las interpretaciones y las intuiciones delirantes (mito del "Ichic-Ollco") hasta alcanzar falta de la capacidad de autocrítica y del juicio de realidad.

NORMAS PARA ESTUDIAR EL CASO

Factores genéticos. Epilepsia. Personalidades esquizotímicas.

Personalidad prepsicótica.

Rol del alcohol y la coca.

Influencia del mito arcaico del "Ichic-ollco".

Característica del homicidio múltiple.

Dificultad, por la atipia de los signos, para diagnosticar al delincuente.

Consideración médico-legal

Manuel B. el día del delito, presentaba síntomas de perturbación mental y debe haber cometido los crímenes de que se le acusa en un estado de conciencia morbosa e irresponsable, debido a la cual su libre determinación no podía manifestarse.

Prof. Juan Andueza

Catedrático de Medicina Legal
en la Escuela de Leyes de
Valparaíso

El psicoanálisis en criminología

Perdonadme si interfiero en vuestras sabias deliberaciones en carácter de verdadero profano dentro de la especialidad que tan ampliamente domináis. Sírvanme, con todo, de excusa los veinte o más años que, con más empeño que aptitudes, sirvo la cátedra de Medicina Legal en la Escuela de Leyes de este puerto que hoy se honra con vuestra visita, así como la circunstancia de que sólo pretendo, y muy esquemáticamente, ocuparme de la aplicación del psicoanálisis en la criminología.

Acaso pensaréis, con el maestro Freud, que en materia psicológica todo el mundo se considera con derecho a opinar por el solo hecho de tener vida anímica. Uno se siente, según él, psicólogo al mismo título de aquella mujer que, interrogada sobre sus conocimientos acerca del trato de niños como los que intentaba dirigir en calidad de gobernanta, exclamó muy convencida: "Pues es claro que los tengo. ¿No he sido yo también niña alguna vez?"

En verdad, y siempre siguiendo a Freud, el neurótico constituye una complicación indeseada tanto para la medicina general como para la administración de justicia. Dice irónicamente el sabio vienés que, cuando se trata de una neurosis, se espera primero el remedio de la menstruación, luego del matrimonio y más tarde de la menopausia, cuando a menudo ese remedio solo llega con la muerte. Pero si eso sucediera con los médicos no especializados ¿qué no sucederá cuando son meros juristas los que intentan desentrañar el misterioso enigma de las mentes enfermas?

De aquí que Jiménez de Azúa haya llegado a afirmar

que "en el futuro no serán los jueces juristas, sino antropólogos, psicólogos, psiquiátras, verdaderos médicos sociales, en suma. Deberán poseer, por tanto, sólida cultura antropológica y psiquiátrica, y, aunque suene por ahora a sacrilegio, lo que ménos precisarán conocer será el Derecho".

Y tanto suena hoy a sacrilegio afirmación semejante, que el Código de Enjuiciamiento del país que fué cuna de la antropología criminal prescribe de manera terminante que "no se admiten peritajes para establecer el carácter y la personalidad del procesado ni, en general, las cualidades psíquicas independientes de las causas patológicas". Con todo, sabéis muy bien que buena parte de los crímenes no son otra cosa que explosiones de la afectividad y que la mayoría de los delincuentes sufren perturbaciones de tal índole afectiva, sean cuantitativas o cualitativas, que ordinariamente no son consideradas como patológicas por sí solas. Para la ley aludida, tampoco "los estados emotivos o personales excluyen ni disminuyen la responsabilidad", sin duda con la plausible finalidad de obligar al individuo a domeñar sus impulsos emocionales. En cambio, para otras legislaciones, verbigracia la nuestra, constituyen atenuantes "los estimulos tan poderosos que han producido naturalmente arrebato u obcecación". Pero, en realidad, tan insuficiente parece castigar con rigor tales impulsos como mostrarse indulgente con ellos. Como lo propugna Mira, el delito debiera más bien estudiarse en su motivación psicológica, para el efecto de obtener en lo posible que el hechor recupere ulteriormente la normalidad de su conducta, cosa que no se obtiene con sólo el castigo, sea rígido o atenuado, de un acto que es una reacción final de un complejo conjunto de fuerzas mantenidas en pugna puramente y, por lo general, en equilibrio muy variable.

Para el psicólogo, el delito es un episodio incidental y no el tema único de la actuación del delincuente, así como la hemorragia dramática que tanto alarma a la familia tampoco reviste para el médico sino el valor de un síntoma de la tuberculosis evolutiva que hay que atacar en su causa mas que en su manifestación ocasional.

Por la misma razón sostiene Jung que el médico del alma no debe encastillarse en el ángulo exclusivamente patológico, cerrando los ojos a la realidad de que también el alma enferma es una alma humana que, independientemente de su enfermedad, participa inconscientemente de la totalidad de la vida anímica de la humanidad. Y aún afirma que el "yo" se halla a menudo enfermo precisamente porque se halla separado del conjunto humano.

Lejos estamos, así, del aforismo de Griessinger: "las

enfermedades mentales son enfermedades del cerebro". Los procesos materiales no deben excluír, como antes, el estudio de la motivación psicológica. Y aún aquellos mismos procesos son inclusive analizados en sus dimensiones psíquicas. No ignoráis, ciertamente, que para algunos investigadores modernos, como Cárlos Luis Schleich, ni aún se justificaría la verdadera fascinación ejercida hasta hoy sobre los médicos por el cerebro, que para aquel es simple órgano derivado, constituyendo, a su juicio, el simpático el nervio mundial", genuinamente ideoplástico y el más antiguo instrumento del alma del mundo. El hecho de que determinadas funciones psíquicas estén localizadas no acaba de convencerlo, especialmente ante el hecho innegable de la reconstitución funcional supletoria observada experimental y clínicamente en repetidas ocasiones, según muy bien sabéis.

A decir verdad, tampoco el análisis pretendería ahora subordinar a concepciones puramente psicológicas las perturbaciones anímicas, según lo admite, un poco a regañadientes, el propio Freud, al reconocer que la mitad de la labor psiquiátrica tiene por contenido la influencia de factores orgánicos sobre el aparato anímico. Reconociendo que ni aún en los trastornos psíquicos más leves, como son las neurosis, existe un orígen meramente psicógeno, dice buscar también un elemento orgánico, al principio descuidado. Según ésto, no sería ya justo achacarle, por ejemplo, como lo hacen algunos franceses, que Freud "ignora la endocrinología", acaso tan de actualidad como el propio psico-análisis y talvez con sus mismas exageraciones.

Pero aunque hoy declara exigir Freud que a todo análisis preceda un diagnóstico médico, ello no obsta para que haya sostenido que la inmensa mayoría de las neurosis son de naturaleza psicógena y exentas de toda sospecha patológica. Se trata, a no dudarlo, de una afirmación excesiva, aunque conviene no olvidar que el arte médico "no consiste en ver enfermos por todas partes sino también en no ver enfermedades donde no las hay".

Pero ya es tiempo de entrar concretamente en materia. Siguiendo el bosquejo trazado por el Dr. Genil-Perrin, en la clasificación general que puede hacerse de la criminalidad desde el punto de vista psico-analítico, se distingue en primer término la criminalidad imaginativa de la efectiva. La primera es socialmente inofensiva pues no llega al acto. Las tendencias antisociales quedan en ella latentes y se limitan a aflorar en el sueño o en el ensueño, o bien en el acto fallido, que constituyen válvulas por donde escapan las tendencias hostiles o perversas en una forma que para los analistas corresponde al delito simbólico. En el sueño, el pen-

samiento criminal es inconsciente; en el ensueño, pasa a ser consciente, como en el caso del soldado que se imagina abofeteando a su cabo, o el marido engañando a su mujer. También en los "lapsus" y en los chistes tendenciosos o picarescos puede advertirse una irrupción anodina de la tendencia criminal, hostil o impúdica.

La criminalidad **efectiva** comprende, desde luego, los delitos por imprudencia, llamados entre nosotros cuasi-delitos. En ellos el "yo" no toma parte activa sino que son también las tendencias inconscientes las que, prevalidas de una falla de la atención, atropellan la conciencia y logran su objetivo inmoral en forma que aparece como mera omisión del autor.

No obstante aparecer como involuntarias, la ley las castiga por la trascendencia que alcanzan. Según los analistas, la justicia busca aquí castigar la intención inconsciente, aunque ciertamente sin darse cuenta de ello.

En seguida viene la criminalidad habitual, en la que hay que distinguir los que delinquen de un modo orgánico y que llama "normales", y por último, los neuróticos. Los orgánicos proceden impulsados por una perturbación somática de órden hereditario, congénito o adquirido: así, por ejemplo, los epilépticos, los paralíticos generales, idiotas, etc. Se trata aquí de enajenados criminales, que no interesan mayormente al Psico-análisis. Son entregados por él al médico.

Los criminales "normales" tienen una estructura mental corriente pero han adherido a una moral particular, correspondiente a un grupo restringido cuyo ideal no es el de la sociedad general. Son psíquicamente sanos, aunque socialmente anormales, si bien pueden, sacados de su medio, alcanzar alto valor social. Digamos, anarquistas, o criminales románticos como el "Bandido" de Schiller. Para esta clase de delincuentes estaría indicada la pedagogía correctiva.

Vienen, por fin, los criminales neuróticos, cuya delincuencia es de orígen psicológico y nó sociológico. Su etiología se remonta a causas psíquicas que actuaron en la primera infancia o en época ulterior, determinando un conflicto entre la parte social y la asocial de la personalidad, entre el "super-yo" y el "ello". El criminal obra primordialmente bajo la influencia de móviles inconscientes que luchan con el "super-yo" y concluyen por imponerse a él. Tal lucha toma en ocasiones forma de obsesión, y de aquí que éstas se impongan a la personalidad como verdaderos parásitos al márgen de la conciencia que—simple testigo de la lucha—no logra impedir el acto. Tal sucede con la kleptomanía, mitomanía, piromanía, etc., que vienen a ser formas transito-

rias entre las verdaderas neurosis y la criminalidad neurótica.

Pero aunque el acto criminal revista apariencia deliberada, el propio sujeto no logra explicar sus móviles sino con un razonamiento "a posteriori", por un mecanismo de racionalización de lo que el instinto ha ordenado. Precisamente es esta forma de delincuencia la que estudia en forma preferente la criminología psico-analítica, para la cual el mecanismo del crimen neurótico es idéntico al de la neurosis, de la cual no viene a ser sino una variedad especial.

Así como el neurótico se libera por medio de la expiación de su tendencia perversa reprimida, el criminal del mismo género encuentra en la pena un neutralizante de sus inhibiciones morales, una justificación de su actitud censurable. En consecuencia, la pena, en lugar de oponerse al crimen, más bien lo favorece pues el delincuente no vacila en arrostrar la sanción para satisfacerse sin más escrúpulo. La pena lo libera de su angustia, como el autocastigo simbólico libera al obsesionado. Constituye un procedimiento de autopunición para el criminal.

De manera, entonces, que el delincuente neurótico viene a serlo principalmente por un sentimiento de culpabilidad. Se trata, pues, de un enfermo que puede ser tratado y curado, y aun con mayor facilidad que él, como el neurótico, de quien se diferencia en que reacciona contra la sociedad y no a costa del mismo sujeto. Ambos tienen de común la incapacidad de sublimar normalmente sus tendencias agresivas o instintivas, especialmente intensas. Los complejos originarios se han liquidado en ellos defectuosamente.

Porque no hay que olvidar que, dentro de la doctrina psico-analítica, todos hemos deseado potencialmente la desaparición del projenitor del mismo sexo para poder disfrutar a nuestro sabor de las caricias del projenitor contrario. En el sujeto normal el complejo de Edipo o de Electra, evolucionando, tiende a ser substituído por el proceso llamado de "identificación" que transforma al padre o a la madre en ideal del respectivo hijo o hija. Más tarde, la imagen de uno u otro se sublima en forma de admiración o de amor hacia seres o principios cada vez más elevados: políticos, científicos, religiosos, artísticos, que concluyen por absorber el influjo del projenitor primitivamente odiado.

Pero los complejos mal liquidados por defectos de educación dejan bullendo un sentimiento inconsciente de culpa que llega a adquirir tal fuerza que induce a la conciencia a considerarse criminal. Y de aquí que suela cometerse un delito para castigarse a sí mismo, no solamente con la pena

en sí sino con el propio remordimiento moral que queda, por decirlo así, desplazado, fijado y exteriorizado. El individuo se siente purificado y se libra del tormento del delito interior, que incluso puede ser para Freud la reminiscencia del parricidio y del incesto perseguidos por el hombre de la tribu, que ha dejado en la humanidad un vago remordimiento o sentimiento de culpabilidad que las prácticas religiosas de liberación y expiación procuran también limpiar por su parte.

Recuerda asimismo el maestro la observación corriente del niño que se hace "malvado" como buscando castigo para quedar, obtenida la sanción, calmado y satisfecho. También llama la atención hacia los casos, tan frecuentes, de adultos que caen enfermos después del éxito, no obstante haber arrostrado incólumes las luchas y privaciones.

Paradojalmente, llega el maestro vienés a considerar al criminal neurótico como un ser hipermoral, de sentimiento de culpabilidad exacerbado, que en el fondo de sí mismo juzga más punibles sus deseos inconscientes que el acto antisocial cuya ejecución le sirve para hallar una especie de justificación objetiva por medio de un verdadero auto-castigo. Por lo mismo resultan en él del todo ineficaces y aun contraproducentes para evitar el delito, la expiación, la intimidación, la ejemplaridad de la pena, que antes satisfacen el deseo de auto-punición y alientan la reincidencia. Los criminales neuróticos volverían, así, a reincidir para darse el "placer" de la prisión.

De aquí también que Camargo y Marín suprima, en la sentencia futura, considerandos y condenas y aconseje explorar la psicología y patología del delincuente, los móviles del acto (complejos, ambiente, etc.), analizando en todos sus detalles y circunstancias, para imponer el tratamiento psico-analítico a que debe ser sometido el hechor.

Pero la verdad es, deteniéndonos en esta aplicación práctica, que la intervención psico-analítica no resulta tan sencilla en el criminal como en el simple neurótico, quien se confía en el médico para librarse de sufrir mientras el delincuente desconfiará siempre del representante de la justicia.

Veamos, ahora, qué valor puede atribuirse a las doctrinas criminológicas del psico-análisis, que hemos bosquejado.

En realidad, tratándose de la criminalidad por imprudencia, resulta una completa novedad atribuír el hecho a intención inconsciente en lugar de achacarlo a mera distracción, negligencia o fatiga, como hasta ahora. Pero se sabe que para el psicoanálisis nada es fortuito y todo, determi-

nado. Las legislaciones actuales, según sabemos, castigan el hecho, no por sospechar que pueda en el fondo corresponder a mala intención oculta, sino porque la trascendencia dañosa de la omisión hace particularmente censurable la imprevisión del negligente, que vive en sociedad y ha de cuidar de no dañar a los demás. Pero, sea que medie o nó esa intención virtual, el culpable resulta sancionado dentro de nuestros sistemas represivos, aunque ellos sean ineficaces para el psicoanálisis. De manera que la discrepancia con los psicoanalistas resulta aquí limitada a los métodos de tratamiento del hechor.

No desconozco, con todo, que la concepción del psicoanálisis puede proyectar luces en casos especiales. Me viene, así, a la memoria el bullado uxoricidio que acaba de rematar en el fusilamiento del reo, miembro de la alta sociedad santiaguina que alegaba con vehemencia e incluso en el banquillo, habérsele escapado el tiro mortal, miéntras la familia de la víctima le achacaba deliberación, basándose principalmente en el maltrato constante inferido a la esposa. Acaso dentro de la concepción freudiana de los actos fallidos, ámbas versiones pudieran encontrar enlace: ¿nó podría la eventual aversión a la cónyuge haberse valido de un "lapsus" de la atención para hacer oprimir el gatillo en obedecimiento a reacciones instintivas, ignoradas del hechor? Así se explicaría también su tranquilidad ulterior, igualmente aducida para llevar al patíbulo a quien solo habría sido víctima de una jugada del inconsciente exacerbado.

Pasando a la criminalidad psico-analíticamente llamada "normal", el individuo actúa antisocialmente según la moral particular de su casta, banda o "clan". En tal concepción no hay gran cosa de nuevo, ya que, como lo hace notar Genil-Perrin, son conocidos desde antiguo los códigos especiales que reglan las actividades de determinadas colectividades contrarias a la sociedad. Así en las relaciones entre prostitutas y "maquereaux", entre "gangsters", mendigos, "carbonarios", etc.

Ahora, en cuanto a la criminalidad neurótica, sabemos que arrancara de un conflicto entre el "super-yo" y el "ello", conflicto derivado de traumas psíquicos sufridos por el individuo en el curso de su psicogénesis, ayudados eficazmente por el mecanismo del auto-castigo. Miéntras para los psiquiatras clásicos son esta clase de delincuentes víctimas de degeneraciones hereditarias o adquiridas, llámense orgánicas, endócrinas, humorales, tóxicas o infecciosas que pueden ser corregidas adecuadamente, para los psico-analistas se trata de anomalías psicógenas emanadas de un trauma infantil o aún fetal o ancestral, que da lugar a aquel sentimien-

to de culpabilidad que busca el auto-castigo, por una especie de "hipermoralidad" sádica del "super-yo".

La verdad es que para la psiquiatría clásica era ya conocido este tipo de delincuente, de carácter excepcional, en psicósis depresivas como la melancolía y otras que llevan a veces a la mutilación, al suicidio directo o indirecto o al aniquilamiento de deudos "para ahorrarles sufrimientos más imaginarios que reales". Según Genil-Perrín lo que sucede es que la doctrina psico-analítica erige en regla general mecanismos de casos especiales patológicos. Dicho autor no oculta su prevención contra el psico-análisis, el que sin embargo puede introducir una aportación útil en categorías completas de delitos, particularmente de carácter sexual, como exhibicionismo, inversión y otros que, en muchos casos, no encuentran cómoda aclaración dentro de las ideas clásicas, y que en realidad podrían hallar una clave en el narcisismo o en una raíz maligna de sentimientos penosos que estallan o se distienden en un delito de etiología neurótica, favorecido por un vago sentimiento opresor de culpabilidad latente.

Podemos agregar que algo semejante había presentido el gran Dostoiewsky, que hace decir, por ejemplo, en "Crimen y Castigo" al Juez Porfirio: "He visto a inocentes acusarse simplemente para tomar sobre sí el sufrimiento", y a Sonia explicar a Raskolnikof: "Tu perdón te es más necesario que ninguno. ¿Qué cosa podría rescatarse sino es el sufrir?"

No creo, pues, que pudiéramos aplicar al psico-análisis aquella anécdota atribuída a Rossini, que, al ser consultado por un autor novel acerca de una obra inédita, replicó: "Tiene algo de nuevo y algo de bueno; pero lo bueno no es nuevo y lo nuevo no es bueno".

Sin admitir tampoco los entusiasmos un tanto líricos de Camargo y Marín, parece lo cierto que las observaciones psico-analíticas nos han abierto una ventana hacia un mundo, como el inconsciente, si no del todo desconocido, al menos entrevisto muy vagamente. Alguien ha dicho que siempre los jueces han hecho un poco psico-análisis como M. Jourdain hacía prosa, esto es sin saberlo. Pero si fuera así, no hay por qué negarse a que sigan haciéndolo con prudencia y a sabiendas, sin perjuicio de emplear también las técnicas restantes.

Aunque el inconsciente no constituye toda la personalidad, es evidente que, desviado, puede a veces llevar a realidad acciones antisociales, y en tales casos la exploración de él por vías psico-analíticas es capaz de producir resultados apreciables tratándose de un terreno que podría haber lle-

vado hasta hoy la inscripción de los antiguos mapas: "Terra ignota".

Tenemos, con todo, que desconfiar de exclusivismos exagerados. Ya el propio maestro Freud ha sido criticado por dejarse llevar cada día más lejos de la medicina y de la observación directa de la naturaleza para orientarse hacia la metafísica ,que él denomina "metapsicología", generalizando con exceso observaciones aisladas y sacrificando a doctrinas más y más filosóficas el examen atento de la fenomenología del alma.

Producen a veces impresión penosa las exageraciones doctrinales de algunos de sus discípulos de buena voluntad cuyo celo por aplicar en casos concretos las doctrinas del maestro los lleva a lindar con la extravagancia.

Así, es conocida la interpretación hecha por la princesa Bonaparte del crimen de Mme. Lefebvre, delirante reivindicacionista que asesinó fríamente de un disparo en su automóvil a su nuera encinta. La analizadora no se detiene en la "paranoia" y asciende etiológicamente al "complejo de castración". Mme. Lefebvre no pudo soportar que su nuera tuviera, y de su hijo, lo que a ella le faltaba: el niño, símbolo a su vez del miembro viril. Fué incapaz de tolerar que otra le hubiera arrebatado el miembro de su hijo, de aquel hijo que las madres, en lo inconsciente, consideraban como su propio pene, al fin brotado para remediar su complejo de castración. No le fué dable aceptar que tal miembro filial se convirtiera en su nuera en el feto, equivalente del pene inicial de la madre fálica. Y todo ésto condimentado con el simbólico huevo en salsa blanca que la suegra reprochaba a la víctima haber dilapidado al comérselo; con el viaje en el automóvil, símbolo de las relaciones sexuales ansiadas por la madre incestuosa, y con otras fantasías que aparecen como quintaesencia de lo antojadizo.

Igualmente arbitrarias se manifiestan también otras concepciones psico-analíticas, como la "moral de los esfínteres" que para Ferenczi es nada menos que el comienzo y fundamento de toda moral. No obstante, para el propio Ferenczi "es un hecho perfectamente determinado que en nues-
" tra organización del "yo" poseemos una fuerza psíquica
" capaz de inhibir o dominar las manifestaciones de nuestros
" instintos. Claro es —agrega curiosamente— que esta ca-
" pacidad de dominio de los instintos no debe identificarse
" con el libre albedrío de los filósofos, pues es en sí mis-
" ma un producto evolutivo y ofrece variaciones individua-
" les de intensidad". Cabe aquí agregar: si no pueden identificarse uno y otro concepto, hay que admitir que se parecen singularmente, toda vez que el libre arbitrio no ha sido

jamás concebido por los filósofos como algo absoluto e idéntico.

¿Y para llegar a resultado semejante hemos hecho la irreverente traslación de la moral desde el elevado sitio que ocupa, a la región... anal?

Felizmente, los ex discípulos cismáticos de Freud van corrigiendo gran parte de los absolutismos del maestro. Con ellos, aunque sí con los discípulos ortodojos, no parece rezar aquella "boutade" de Jacinto Benavente: "Bienaventurados nuestros imitadores, porque de ellos serán nuestros defectos". Así, con Jung, la líbido va perdiendo su sexualidad. Se admite que el que vive en sociedad no sólo está dotado de instintos como hombre sexual sino también como hombre civilizado. No se identifica la líbido nutritiva con la líbido sexualizada, ni se considera ya al infante como un "perverso poliformo". Los instintospasan a ser una de las formas de manifestación de la vida psíquica. El instinto sexual manda en el objeto; la voluntad de poderío, en el sujeto. Las neurosis pueden ser, incluso, hasta religiosidad reprimida o voluntad de potencia contenida y no mera sexualidad censurada. Las ilusiones son también consideradas como realidades anímicas de importancia extraordinaria, y la interpretación de los sueños va perdiendo, en particular con Stekel, lo mucho que ha tenido de fantasía y arbitrariedad.

Para Adler, las disposiciones criminales aparecen como productos de la protestación viril cuyo ideal compensador implica desprecio de la vida, la salud y los bienes de los demás. Cuando su estado de inseguridad sufre una agravación y las privaciones se hacen demasiado serias, al punto de amenazar gravemente su sentimiento de personalidad, aquellos sujetos, después de haber creído hallar una compensación de su inferioridad en cierta exaltación afectiva, buscarán acercarse al ideal de personalidad por el crimen; para ello no tendrán más que seguir a ojos cerrados su línea de orientación, que encara la realidad desde un punto de vista puramente abstracto. Ese mecanismo aparece en los crímenes pasionales, en los habituales y hasta en los delitos por negligencia, sobre todo en las mujeres criminales. Decidiéndose por el crimen, el individuo demuestra justamente la gran incertidumbre en que se halla respecto a la posibilidad de adaptarse a las exigencias sociales.

Lo anterior parece algo vago y abstruso para la aplicación criminológica; pero con todo el complejo de inferioridad adleriano puede proporcionar también puntos de vista interesantes para la comprensión o interpretación de determinada criminalidad.

Convengamos, pues, en que el análisis del psiquismo no

es ni tiene por qué ser monopolio de la doctrina freudiana, si bien sus métodos pueden, como los de los psiquistas cismáticos Jung, Adler, Steker y otros, ser utilizados en ocasiones como elementos útiles de trabajo. No sería científico rechazarlos en globo, por muchas que sean las reservas que convenga hacer en el terreno de las doctrinas.

De paso, es curioso observar, sin embargo, que es en ese terreno doctrinal donde las teorías de Freud han encontrado su difusión máxima. Mayor ha sido su éxito entre los literatos y artistas y aún entre los políticos de tendencia, que entre los médicos, y así lo ha destacado Papini en su cáustico GOG. Las más sutiles y discutibles concepciones del maestro, popularizadas en ediciones económicas, adornan hoy profusamente, entre nosotros, las vitrinas de cualquiera librería de pueblo, como bocado al alcance de todos. Se comprende, no obstante, que para el grueso público constituyan más elemento de perturbación, cuando no de depravación, que de cultura. Y así presenciamos el espectáculo paradógico de que mientras el maestro vienés se ha consagrado con celo edificante a sacar a luz cuanto hay de turbio y de perverso en el fondo de las almas, como para que todo el mundo quede asqueado, el efecto producido ha sido —según Jung— precisamente el opuesto: algo como la admiración de lo sucio, que acaso encierre en sí mismo un complejo morboso de los espíritus refocilados.

Parece imprudente vulgarizar con semejante exceso obras de orden más técnico que de divulgación, que aún son objeto de la crítica serena y ponderada de los hombres de ciencia, encargados de someter a revisión y prueba doctrinas que aún se hallan en su fase hiperbólica. Sólo ellos podrán hacerlo, a la vez que sin espíritu pacato, sin entusiasmos incontrolados ni mucho menos propósitos partidaristas.

Y en cuanto a la práctica criminológica, procuremos también aprovechar el aporte que el psico-análisis puede ya traernos, por modesto que todavía sea, según lo visto. No rechacemos en globo, con recelo inmotivado, pero tampoco admitamos sin beneficio de inventario, nuevos conceptos susceptibles de introducir un progreso en la milenaria lucha de la sociedad en contra del crimen.

Bien se me alcanza, por cierto, la imposibilidad práctica de que el Juez haga uso personal del dificultoso y prolongado método catártico de las asociaciones libres que, amén de mutua colaboración, exige una técnica complicada y vastísima experiencia, y cuyos resultados resultan siempre eventuales y ocasionados a interpretaciones arbitrarias. Dentro de los sistemas actuales de administración de justicia tales

actuaciones resultan impracticables para los jueces; pero, con todo, pueden éstos someterlas a expertos y utilizar sus conclusiones como datos simplemente ilustrativos, así como las asociaciones coordinadas, los indicios revelados por los actos fallidos, lapsus, torpezas, equivocaciones y como en general todos los elementos psicológicos susceptibles de aclarar su convicción.

Reconozcamos, sin embargo, que por ahora nada justifica la pretensión de desplazar desde su base misma, para dar paso a fundamentos exclusivamente analíticos, los postulados criminológicos laboriosamente asentados hasta hoy por la ciencia y la experiencia de todos los pueblos.

SEXTO TEMA OFICIAL:

Metodología de la Enseñanza de la Psiquiatría.

Relación del Prof. Julio Endara.

Prof. Julio Endara

Titular de Clínica Neuro-Psiquiátrica en la Universidad Central del Ecuador.
Director Instituto de Criminología.

Problemas de pedagogía psiquiátrica

1.—La Psiquiatría como problema clínico: Todas las disciplinas científicas, como cuerpos organizados que son, sufren un proceso de nutrición permanente. Y su progresiva complicación la deben al crecimiento de sus dos fases: la una, que llamaríamos endógena, por contener las características que la definen; y la otra, exógena, que capta los progresos de las ramas conexas. La Clínica psiquiátrica podría representar en este momento un ejemplo muy demostrativo. Lo endógeno está formado por las innúmeras alteraciones de— los procesos psíquicos, llamados ya superiores, ya inferiores, y que se sistematizan en una semiología frondosa, todavía sujeta un tanto al capricho de los investigadores, que individualmente se afanan por crear, cada uno, hasta una terminología. Dichos procesos, porque a menudo están constituídos por complejos sutiles, requieren, necesariamente, de técnicas especialísimas para su exploración. Así ha surgido, por ejemplo, la escuela psicoanalítica, que trata de llenar dos fines: analítico y terapéutico.

Lo exógeno de la Psiquiatría es todo aquel acervo de datos que cotidianamente le llegan de los campos más disímiles: anatomía, histopatología, clínica general, neurocirugía, etc. Todos vienen a dar nueva luz en la interpretación fenomenológica, y van quitando a la psiquiatría aquellos velos que la mantenían un tanto misteriosa y esquiva, dentro del concierto general de las disciplinas médicas.

Así pues, la práctica de la clínica psiquiátrica requiere, en la actualidad, el conocimiento y dominio de una diversi-

dad de técnicas. Podría decirse que su núcleo fundamental lo forma la clínica médica—sobre todo en su modalidad de exploración funcional—y alrededor de ella se organizan los datos de la psicología mórbida, de la anatomía patológica, de la histopatología, etc. En este todo coherente, pero de difícil perspectiva, se agitan los graves problemas de la personalidad humana. Y a medida que se ajustan los resortes y coincidencias y se establece la relación de causa a efecto, va siendo posible derivar aplicaciones. Por este camino se ha llegado a conocer algo del proceso de la herencia; se han trazado los lineamientos dependientemente de la terapéutica mental.

La Psiquiatría como problema docente. Este panorama que en la hora actual presenta la Psiquiatría, frecuentemente provoca más de un desconcierto. Aún en los medios especializados, el aporte incesante de los datos exógenos parece que por su profusión no son siempre captados. Así se explica que todavía subsistan escuelas y alienistas que parecen haber cerrado sus compuertas a determinadas contribuciones, en la creencia, acaso, de que los enigmas de la clínica pueden aclararse ampliamente con un sólo género de datos. Y así parece que fueran enemigas la escuela psicopatológica con la somática, pongo por caso. Tan evidente es el fenómeno, que hay lucha, y lucha violenta. Como si todos no estuvieran contribuyendo a una obra común, en la que ningún esfuerzo es similar de desperdicio.

Es por ésto que la enseñanza de Clínica Psiquiátrica debiera ser motivo de un detenido exámen, si se quiere ahorrar discusiones estériles y contribuír al progreso firme de este sector de la medicina.

A mi entender, la docencia debe atender a dos grupos de finalidades: el uno fundamental y el otro complementario.

El primero satisface dos necesidades ineludibles: la cultura mínima que todo estudiante debe obtener para la inteligente comprensión de los fenómenos psicopatológicos, y el mejoramiento periódico del médico que se dedica a especialidades que aparentemente nada tienen que ver con la psiquiatría. La preparación del estudiante, es claro, es eminentemente catedrática y por serlo, está en condiciones de satisfacer las finalidades complementarias que hemos citado y a las cuales tenemos que referirnos después de un momento. De allí su enorme importancia y la necesidad de darle un rango destacado, ya que la labor de información proporcionada al médico no especializado se realiza en el seno de las sociedades científicas, de los congresos y jornadas, de las publicaciones científicas, etc.

Las finalidades complementarias serían las siguientes:

a) Difusión de conceptos claros y accesibles sobre lo que son las enfermedades mentales, su atención de urgencia, el reconocimiento de los signos precoces; en una palabra, de ideas y consejos que traten de aclarar criterios o desarraigar prejuicios. Todo esto con referencia al medio familiar.

b) Preparación de enfermeros y de visitadores especializados.

c) Difusión algo elevada de los problemas en medios cultos, como un medio de oponerse en forma productiva a la peligrosísima popularización de ciertas escuelas y exageraciones psicopatológicas.

d) Intervención discreta, pero firme, dentro de agrupaciones que, como las carcelarias, necesitan del concurso obligado del especialista.

e) Contribución a la obra de la psicopatología forense.

Toda esta inmensa labor, fragmentariamente esbozada, que debe cumplir la cátedra de Clínica Psiquiátrica, me ha obligado, año tras año, a trazar nuevas directivas en su realización práctica; pero como entiendo que éstas se encuentran todavía muy distantes de la prefección, creo necesario someterlas a vuestro juicio, que tiene una respetable tradición, que se robustece cada día gracias al empleo de los mejores métodos de trabajo y que está dispuesto, en todo momento, a la colaboración amigable.

La cátedra de Clínica Psiquiátrica, como todas, debe proporcionar un mínimun de preparación profesional y al mismo tiempo, contribuír a robustecer en el espíritu del estudiante un afán de investigación.

Para lo primero encuentra un obstáculo inicial: la semiología. Dejando aparte esa riqueza de sinonimias que para los que desfloran esta disciplina constituye un verdadero rompecabezas, la tarea más ardua, para el Profesor, es el reconocimiento de los síntomas. En psiquiatría, lo sabéis demasiado, la independización de las funciones es sólo formal. El enfermo presenta una sintomatología psíquica coherente, en la que todo intento de aislar signos y funciones, resulta artificial e incomprensible para el estudiante. Es cierto que podemos dar definiciones más o menos claras de alucinaciones, de amnesias, de delirios, de apraxias, etc.; pero lo que el estudiante ve son conglomerados que invitan a la confusión y a la sorpresa. De nada vale que se presenten unos cuantos casos de delirios, por ejemplo y que el profesor se empeñe en explicarlos como desórdenes de la ideación, de la afectividad o de la imaginación. El estudiante que comienza ve que este fenómeno mórbido contiene o trasunta defectos de percepción, de memoria, de sentimiento, etc.; y no sabe có-

mo precisar los síntomas ciertos ni cómo aislarlos de los demás, hasta encontrar el concepto que con visos de certeza y claridad traduzca la realidad mórbida.

Es viviendo año tras año este conflicto—son inolvidables para el estudiante sus primeras relaciones con el enfermo mental—, que he creído evitar pérdidas de tiempo y estados de confusionismo, adoptando como norma para los contactos iniciales con el enfermo el siguiente procedimiento:

Cada estudiante recibe, durante las primeras semanas del curso, enfermos en los que debe estudiar: su actitud y comportamiento actuales, en momentos de reposo y de actividad; sus preferencias vegetativas y sociales. Al período de observación pasiva sigue otro, activo ,en que aparte del diálogo, vienen las provocaciones de situaciones de diverso órden, en las que pueda apreciarse la forma de reaccionar el paciente. Todos los tiempos del examen son anotados con la máxima escrupulosidad, y por fin, el relato de lo que ha visto el estudiante tiene que adoptar una forma familiar, del que recomiendo se excluya toda terminología o intento de aplicación de conocimientos médicos adquiridos en cursos anteriores. En una palabra, pido que la vida y milagros del alienado se la relate en términos familiares, como si por azar se tratara de describir un encuentro raro o interesante, y la observación debiera comunicarse a personas absolutamente profanas a la medicina.

Una vez que el joven ha efectuado varios trabajos de éste corte y ha adquirido cierta habilidad para saber utilizar el material disponible y saber sorprender las manifestaciones curiosas o habituales del paciente, el Profesor va anotando los síntomas mórbidos y señalando su denominación más corriente; luego establece las ligazones más frecuentes—risa estereotipada—p. e. negativismo; sus variaciones según el tipo de enfermo mental y según los datos constitucionales; la diversa importancia de cada uno de ellos; las correlaciones de tales y cuales manifestaciones con determinados episodios, sindromes, grados de déficit, etc. Sólo al cabo de estos ejercicios prácticos iniciales—durante los cuales se prescinde en lo absoluto de largas exposiciones catedráticas—, comienza el conocimiento de la semiología. Y terminada ésta, viene el estudio de exploración y diagnóstico. Es decir, que tratándose de estudiar un cuadro clínico definido, se procura que, de los medios de que disponemos, no se ahorre ningún procedimiento que pudiera, en alguna forma, contribuir al esclarecimiento del cuadro mórbido. Este es el momento en que se procura actuar como un clínico que, auxiliado por el acervo exógeno y con el respaldo de la psico-

patología, encuentra una cierta arquitectura y una dinámica comprensible en aquello que en los primeros instantes diera la impresión de un cáos. Todo esto, naturalmente, dentro de nuestras disponibilidades.

Al iniciar los estudios clínicos surge otra gravísida dificultad: la referente a la clasificación de enfermedades mentales. Vosotros sabéis mejor que yo, que en este dominio, estamos lejos de un acuerdo. Parece que para cada investigación fuera un imperativo de originalidad la elaboración de un cuadro personal. No es sorprendente por esto, que la Comisión informante de la Primera Conferencia de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal que se reuniera en Buenos Aires, en 1928, dijera, refiriéndose al intento de uniformar las clasificaciones: "...el momento actual de la Psiquiatría no es, talvez, el más adecuado para una resolución en tal sentido. La contínua renovación de los conceptos en la materia, y el surgimiento creciente de un gran número de sindromes psíquicos dificulta, de singular manera, una precisa ordenación. La sedimentación se hará paulatinamente, cuando se avalúen con más precisión todos esos conceptos".

Por mi parte, he encontrado recomendable, por lo clara y comprensiva, la del Profesor Chr. Jacob, en sus lineamientos generales; pues en el detalle de las entidades nosológicas, hay que destacar lo que aparece bastante sólido o estructurado hasta este momento. Así, parece que la mentalidad del estudiante, que pide a todo trance simplicidad y ordenación, se encuentra por el momento satisfecha. Más tarde, si se convierte en un especialista, tendrá ya la paciencia necesaria para penetrar en el dominio confuso y en ciertos casos arbitrario, de las diversas clasificaciones propuestas.

3.—**El cultivo de la investigación.**—Siempre he creído que la misión del maestro es atender con igual interés la preparación profesional como el espíritu de investigación. No voy a insistir en la primera, pues su sentido universitario es obvio. Pero me váis a permitir que acentúe particularmente la segunda. Si por investigación se ha de entender la profundización teórica y práctica de un problema, utilizando todos los recursos que están a la mano o de los que se puede disponer, la función universitaria debe ser esencialmente investigadora. Acaso no tanto en el sentido de una posible adquisición insólita u original, que es obra de los años, de los métodos, de la interpretación inteligente y hasta genial; esta investigación, la gran investigación que podríamos llamar, es obra de los que dedican su vida a la solución de uno o de pocos problemas científicos. La investigación del estudiante tiene que ser pequeñita, modesta, proporcionada a sus fuerzas. En sus líneas generales

está reducida al marco de las variaciones locales o destinada a comprobar si son o no aceptables determinadas hipótesis o afirmaciones que pueden ser motivo de revisión o que, por lo dudosas, todavía resultan abordables. Es posible que el trabajo del estudiante, a la postre, no contenga ninguna novedad; es más, que parezca inútil y descaminado. Y que, aunque se refiera a puntos de relativa simplicidad, su análisis ni siquiera merezca llamarse una contribución.

Pero este sistema de investigación tiene un altísimo significado pedagógico o si queréis, moral. Despierta en el estudiante el sentimiento de la responsabilidad, el cariño por la obra propia; le da la conciencia de que su experiencia de estudioso y más tarde de profesional, debe ser ordenada y utilizada. Le induce al gusto por la minucia significativa, por la comparación, por el establecimiento de categorías de datos; cultiva ese **élan** creador que robustece el subconciente del individuo, abriéndole un porvenir lleno de fruiciones elevadas, ya que no desinteresadas. En una palabra, disciplina su dinámica de trabajo.

A este propósito debo recordar unos párrafos de ese gran maestro de nuestra América, el Profesor Dr. Carlos Vaz Ferreira, a quien leíamos y comentábamos con enorme fruición en mi ciudad natal durante nuestra época de estudiantes; y cuyas máximas hemos procurado aplicar más tarde, cuando los azares del destino nos llegaron a encomendar la función docente: "Si los estudiantes, preparados, pues, por ciertos hábitos, por las prácticas aconsejadas, se formaran la voluntad firme de hacer **dos cosas** más adelante, cuando tengan una carrera, una profesión práctica, es posible que en algún tiempo, y quizá mucho menos difícilmente de lo que el hábito o la sugestión pasiva nos hace imaginar, nuestro medio intelectual se modificara. El primero de esos hábitos sería el de mantener siempre esa hora diaria destinada a un trabajo original, cualquiera que fuese. Y el segundo sería el de continuar, después de adquirir un título profesional cualquiera, las lecturas o, cuando menos las reflexiones sobre algún punto que no se relacionara directamente o sólamente en la práctica utilitaria de la profesión".—(C. Vaz Ferreira. Moral para Intelectuales. Montevideo. 1908. Pág. 21).

Es posible que ese muchacho no sea más tarde un investigador. Es más, sólo lo será en casos excepcionales. Pero si por este medio hemos prendido en él la seriedad, la paciencia, y hemos contribuído a mejorar su sistema de trabajo, el objeto que nos hemos propuesto estará ampliamente realizado.

La investigación versa sobre puntos que generalmente

requieren el auxilio de otras cátedras o que deben realizarse en distintos laboratorios o clínicas. Unas veces tienden a la revista crítica que trata de poner al día lo que se conoce acerca de determinado problema (1); o toca algún punto de indiscutible y urgente aplicación social (2); o subraya la importancia excepcional de determinada técnica de laboratorio (3); o sugiere la necesidad de apelar a cierta clase de exploraciones que en la práctica profesional son poco usadas (4); o exaltan el beneficio que se puede esperar de tal o cual recurso terapéutico sencillo (5), etc.

Hemos pensado que de esta manera el alumno llega a tener la conciencia de que el estudio de una especialidad no supone de ninguna manera el olvido o la indiferencia para las demás disciplinas médicas, ni tampoco el descuido por sus aplicaciones sociales; sino que, por el contrario, el cultivo de cualquiera especialidad, para ser fructífero, requiere un mayor abundamiento de cultura general médica y para médica.

El alumno, durante todo el curso escolar y después de haberse informado en la bibliografía, acerca del punto que va a ser objeto de su trabajo y después de haber aprendido a recoger, en compañía del Profesor, varias observaciones, o habiendo llegado a dominar la técnica del laboratorio donde debe efectuar sus análisis y pruebas, comienza la observación de los casos que están dedicados a él. Va acumulando los datos que le interesan y, de tiempo en tiempo, somete su trabajo a la consideración del Profesor titular o de los agregados. Prosigue en esta forma hasta el fin del curso, logrando, hasta entonces, reunir un número de observaciones suficientes que le permitan sentar unas cuantas conclusiones.

Siempre que resulte necesario, expone sus dudas o sugerencias que la práctica le indica. Resueltas por los Profesores, procura que en su labor haya unidad y que los procedimientos aconsejados para recoger la observación se mantengan uniformes.

Durante el último mes del curso redacta su trabajo. Este consta de tres partes: 1º, la exposición del problema y la descripción de la técnica seguida; 2º, la casuística, y 3º, las conclusiones.

Los trabajos son revisados luego por los Profesores, quienes introducen las modificaciones esenciales, y luego se

(1) "La evaluación del tiempo en los esquizofrénicos".
(2) "Problemas generales de Higiene Mental".
(3) "Las proteínas en el L. C. R.".
(4) "La prueba de la atropina en la exploración del S. N. V.".
(5) "La piretoterapia en el trat. de las enferm. mentales".

archivan, para ser discutidas en el examen y, caso de considerarlos el Tribunal dignos de difusión, publicados en los Archivos de la Facultad. (Entre paréntesis, agregaré que el examen consiste en una prueba teórico-práctica referente a enfermos hasta entonces desconocidos, de preferencia recién ingresados al servicio,— y en la discusión del trabajo a que he hecho mención anteriormente).

En mi concepto, los trabajos de seminario llevados a cabo por los alumnos, tratan de cumplir con los siguientes objetivos:

1º.—La iniciación en las prácticas de investigación (posibilidad de que se haga más ostensible la capacidad de cada uno, y de que se despierte alguna vocación).

2º.—La revisión, aunque sea en pequeña escala, de los resultados obtenidos por investigadores extranjeros, en ciertos casos muy distantes de nuestra realidad.

3º.—La vulgarización de los problemas neuro-psiquiátricos que con frecuencia son ignorados por muchos profesionales, razón por la cual subsisten aún opiniones absurdas y francamente perjudiciales para el enfermo.

4º—La elaboración de síntesis útiles para los médicos generales y seguramente beneficiosas para los que trabajan fuera de los centros universitarios del país.

5º.—La formación pausada de un texto, con base de observaciones originales, redactado por varias generaciones de estudiantes.

6º—La permanencia de un estímulo que les obligue a los que llegan porteriormente, a superar los frutos de hoy.

7º.—La preferencia, en la consulta bibliográfica, para los trabajos hispano-americanos, en los que a menudo se encuentra aliento creador.

8º.—Y la colaboración con otras cátedras, a fin de aunar esfuerzos en la tarea del perfeccionamiento cultural y docente.

¿En qué medida nos ha sido posible conseguir la realización de estos fines? Eso lo podrán decir quienes han querido benévolamente detenerse en estos trabajos.

Por mi parte, soy optimista y creo que este sistema, comparado a los comunmente empleados como buenos en la cátedra, ha servido en mi país para dar al estudio de la Neuro-psiquiatría un rango algo elevado y serio.

SEPTIMO TEMA OFICIAL

Organización de la asistencia de los alienados.
a) **Relación del Dr. Baltazar Caravedo.**
b) **Relación del Dr. Elías Malbrán.**

Organización de la asistencia de los alienados.— PROF. ANTONIO SICCO.

El problema de la asistencia de los locos morales.— DRS. ISAAC HORVITZ Y GUSTAVO VILA.

Organización de la asistencia de los alienados en Aconcagua.—DRS. BALDOMERO ARCE Y SEBASTIÁN LORENTE.

Asistencia social psiquiátrica.—STA. CRISTINA GALITZI.

Importancia del Servicio Social en la asistencia de los alienados. El Servicio Social en el Manicomio de Santiago de Chile.—STA. OLGA CARBONELL.

El problema de la asistencia médico-social de los alienados delincuentes. Anexos psiquiátricos y manicomios judiciales.—DR. LUIS CUBILLOS.

Importancia y valor real de los servicios de observación médico-criminológicos en la nueva técnica penitenciaria.—DRS. LUIS CUBILLOS E ISRAEL DAPKIN.

El papel de la enfermera en la asistencia de los alienados.—STA. HILDA LOZIER.

Dr. Baltazar Caravedo
Médico Director del Hospital Víctor
Larco Herrera de Lima

Organización de la asistencia de los alienados

Señor Presidente:
Distinguidos colegas:

En primer lugar, expreso mi más profundo agradecimiento al Comité Organizador de las Primeras Jornadas Neuro -psiquiátricas del Pacífico por la honra que me ha dispensado al invitarme, de manera especial, designándome al mismo tiempo como uno de los relatores oficiales del tema: **Organización de la Asistencia de los Alienados.**

Felicito muy cordialmente a los organizadores de estas Jornadas, que responden a una necesidad hace tiempo sentida y que ejercerán, sin duda alguna, notable influencia para el progreso de nuestros ideales, procurando estrechar las relaciones de nuestros países, de vivir en íntimo contacto los que trabajamos en el mismo campo, para discutir ampliamente los problemas que nos interesan, que constituyen la aspiración común y que han de convertirse en hechos tangibles en el porvenir, feliz iniciativa de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, que regenta el eminente Prof. Fontecilla.

Aunque el encargo es superior a mis fuerzas, lo acepto como el cumplimiento de un deber que me enaltece y porque me brinda la grata oportunidad de pagar tributo a la obra en que están empeñados los ilustres colegas chilenos, de quienes vengo recibiendo tan marcadas distinciones.

El tópico es muy interesante y a pesar de que se ha escrito mucho sobre la materia, no sólo en el Viejo Mundo,

sino también en América, en donde los maestros han dejado sentir su voz autorizada, el tema continúa a la orden del día, y preocupa a los especialistas que no pueden llevar a la práctica todas las enseñanzas de la Psiquiatría.

Un deseo incesante de mejoramiento recorre el mundo y la inquietud en la que vive el hombre ha exacerbado su espíritu de crítica frente a la organización del Estado en todos sus aspectos; parece que una defensa tenaz de las conquistas que la civilización ha acumulado a través de los siglos, se hace más premiosa a medida que los conceptos teóricos avanzan.

El problema asistencial encierra en sí cuestiones de un alto interés para la humanidad, que es preciso resolver con criterio científico. Abarca el estudio de todas las medidas que son necesarias tomar en defensa de la especie.

Este problema se ha modificado profundamente debido al progreso de la Medicina y al espíritu de la civilización que ha levantado el nivel moral de la sociedad y ha difundido el sentimiento de solidaridad entre los hombres, imponiendo y ampliando los medios para mantener vivos los anhelos de reparación social.

El resultado de estas conquistas es la preferente atención que la mayor parte de los países prestan a todo lo que se relaciona con la Sanidad Pública.

Múltiples factores han concurrido para realizar este avance: de un lado, los descubrimientos científicos, y del otro, el haber convertido en función del Estado lo que antiguamente era fruto de la caridad.

Desgraciadamente, el progreso no es uniforme y la asistencia de los alienados, más que cualquiera otra actividad de orden médico, está condicionada a la cultura, a la legislación, a la prosperidad material, a los prejuicios, a las concepciones morales y religiosas, lo que explica porqué muchos países están pasando por etapas que otros han superado.

Bernard Hart (1912) hace un resumen histórico sobre las diferentes concepciones de la locura que ha tenido la humanidad y las clasifica en cuatro: **demonológica, política, fisiológica** y **psicológica.** Cada una de estas concepciones ha llevado como consecuencia una diferente conducta de la sociedad para con los alienados.

En la concepción **demonológica** de las primeras edades, que toma gran vigor en la Edad Media, la locura es considerada como manifestación de un ser espiritual o demoníaco (variable según las creencias religiosas de la época o país), el cual habita el cuerpo del paciente o lo in-

fluencia desde fuera. El loco es, pues, ensalzado o perseguido según la clase de espíritu que sus contemporáneos suponen lo influencia.

Aparece luego la concepción **política,** en la que la sociedad sólo se preocupa de librarse del alienado, encarcelándolo o recluyéndolo. Ya no se cree que el loco sea un poseído del diablo; pero tampoco le conceden derecho ni consideración social.

A principios del siglo XIX, con Pinel y Esquirol en Francia, con Tuke y Conolly en Inglaterra; con Chiarugi en Italia, y con Dorotea Dix en América del Norte, toma cuerpo la concepción **fisiológica,** ya iniciada por Hipócrates, pero abandonada en la Edad Media. En esta concepción fisiológica, el loco es considerado como un enfermo del cerebro, y como tal, digno de **asistencia.**

Conviértense entonces los manicomios en sitios de orden y relativo confort, y el paciente es cuidado y estudiado científicamente. Es la época humanitaria y científica en que se prohiben los métodos coercitivos y empieza el sistema de **puerta abierta.**

Como una derivación científica de esta última concepción, y para explicar ciertos trastornos de las psicosis funcionales, surge la concepción **psicológica** de la locura, la cual investiga los mecanismos mentales en un sentido psicogénico y trata de aliviarlos por procedimientos psicoterápicos.

El cuidado de esta clase de enfermos, en nombre del derecho y en salvaguardia de los más altos intereses de la humanidad, es obra trascendental, y el alma se acongoja al contemplar el lento proceso de su evolución, en el que se ve al alienado a la zaga de la Psiquiatría, y al pensar que las principales reformas han sido consecuencia obligada de grandes escándalos: Pinel, Tuke, Dorotea Dix, y en nuestro tiempo, Clifford Beers.

En los países del lado del Pacífico, de la América del Sur, la provincia social es muy reducida en el sector de la especialidad—apesar del progreso de los estudios psiquiátricos en nuestras Facultades de Medicina y del esfuerzo de los psiquiatras—, que con ocasión de estas Jornadas renuevan sus propósitos, indicando los defectos, las necesidades y las soluciones que exige el problema.

No obstante de que nos encontramos lejos del ideal de la Psiquiatría contemporánea, debemos confortar nuestros espíritus pensando que todas las naciones han vivido épo-

cas semejantes—aún las que hoy pueden exhibirse como modelos. Así lo dice la Historia, que es necesario recordar, aunque sea a grandes rasgos; porque nos dirá en qué punto nos encontramos, si debemos enmendar rumbos, y porque nos hará ver una vez más que el progreso está relacionado, no sólo al abandono de métodos y procedimientos crueles e inútiles y al avance de la terapéutica, sino también a la organización material de las instituciones asistenciales.

Pasaron los siglos y la Psiquiatría venía a menos. Los alienados eran objeto de tratamientos crueles, aún en los países más civilizados. Si es verdad que ya no se les condenaba a exorcismos y a la hoguera, como en épocas anteriores, también es cierto que se hallaban confundidos en las cárceles con los delincuentes comunes o recluidos en viejos y malsanos asilos, encadenados, sufriendo toda clase de privaciones, lo que representaba un espectáculo borchornoso para la cultura.

No obstante el desarrollo científico, literario y filosófico, y el influjo considerable de los hombres que inspiraron aquellas manifestaciones del progreso humano, los alienados quedaron como seres aparte, para los que no se tenía ni siquiera piedad y que la ley misma asimilaba a los animales. En Francia, por ejemplo, las leyes del 16 y 20 de Agosto de 1720, que confiaban a la vigencia y a la autoridad de los cuerpos municipales "el cuidado de evitar y remediar los sucesos trágicos que pueden ocasionar los insanos y furiosos dejados en libertad y por la vagancia de los animales dañinos y feroces", y las del 19 y 22 de julio de 1791, que fijaban penas de policía correccional contra los que dejaban vagar a los insanos y furiosos, o a los animales feroces—dicen de la degradada situación en que vivían los insanos en los precisos momentos que precedieron a la Revolución Francesa, que, triunfante, reclamó para los alienados los Derechos del Hombre.

Por fortuna, en ese período heroico de liberación colectiva, aparece Pinel e inicia en Bicêtre la primera y más grande reforma en el tratamiento de la alienación mental, y al mismo tiempo, la verdadera observación clínica, que sirve de fundamento al progreso de la Psiquiatría.

Pero es sobre todo el aspecto asistencial el que cambia: Pinel eleva el alienado a la categoría de enfermo, instituyendo el tratamiento humanitario. Suprime los castigos, prohibe enérgicamente el uso de cadenas, combate la su-

mersión por sorpresa, calificándola como método bárbaro y peligroso, y ataca rudamente el empleo sistemático de la sangría. Asimismo, cuidó de la higiene, mejoró la alimentación y el vestuario y organizó los talleres, tanto en Bicêtre como en la Salpêtriere. Tales los hechos más saltantes de la obra de justicia y de reparación llevaba a cabo por Pinel, cuyo nombre ha pasado a la inmortalidad.

Las ideas de Pinel se propagan con lentitud, pero logran imponerse apesar de los prejuicios y de la indiferencia pública, y a principios del siglo pasado se construyen en Europa los primeros asilos especiales para alienados, que comienzan a funcionar a cargo de órdenes religiosas. Pero en algunos manicomios, por desgracia, vuelven los castigos como medio de corregir a los pacientes, a quienes todavía se les creía víctimas de los espíritus malignos, entre estos se cuentan: los sustos, sorpresas, humillaciones. En otros, se recurre al trabajo forzado en forma verdaderamente inícua y se ponen en práctica procedimientos y aparatos en que es preciso admirar más la crueldad que el ingenio: hacer mover una gran rueda durante horas. Cuando el paciente estaba rendido por el esfuerzo, se le intimidaba de improviso echándole agua fría. Si el enfermo empeoraba o se excitaba más, se le ponía en la "máquina giratoria", unas veces con la cabeza hacia fuera, otras hacia adentro, y se le sometía a rotaciones vertiginosas.

Desde 1830, se tiende al abandono de esos refinamientos de la perversidad humana, pero se emplean otros medios de contención mecánica: cadenas, brazaletes, cepos, esposas, jaulas, camisas de fuerza.

El período humanitario de la asistencia de los alienados se inicia casi simultáneamente en: Francia, Italia, Inglaterra, Escocia y Alemania, y se encuentra vinculado a los nombres de Pinel, Daquin, Chiarugi, Tuke y Fricke, habiendo sido la obra de Pinel lo más amplia y la de mayor repercusión.

Fruto de los esfuerzos de esos hombres de ciencia y de elevados sentimientos humanitarios, y de los de sus inmediatos sucesores, fué el gran número de asilos especiales construídos en Europa en la primera mitad del siglo XIX, las importantes mejoras introducidas en el régimen interno, la creación de Sociedades de Patronato y las leyes dictadas con el fin de garantizar los intereses jurídicos y materiales del alienado.

Los asilos de entonces son construcciones pesadas, monumentales, de altos muros exteriores e interiores, de aspecto conventual o de presidio; comprenden comparti-

mentos en donde son repartidos los enfermos según sus reacciones, y numerosas celdas; muy de acuerdo con el sistema de la secuestración, de la intimidación y de la coerción. Es la época de la ducha, de la camisa de fuerza y de todo género de ligaduras y del aislamiento celular sistemático y prolongado.

En 1838, en Inglaterra, los doctores Charlesworth y Hill, médicos del Asilo de Lincoln, después de diez años de ensayos, preconizan la supresión de todo medio coercitivo destinado a inmovilizar a los alienados agitados. Y a partir del 21 de septiembre de 1839, John Conolly, médico del Asilo de Hanwell, atento a las enseñanzas de Pinel y a los ensayos de sus compatriotas Charlesworth y Hill, abandona de manera sistemática todo procedimiento de contención mecánica empleado en los asilos de alienados. Esta memorable reforma se conoce con el nombre de **no-restraint,** que viene a constituír la segunda etapa en el progreso de la asistencia de estos enfermos.

Se procura reemplazar la contención mecánica por la tolerancia y el trato afectuoso, por el aislamiento pasajero en celdas acolchadas y por la vigilancia y la acción directa de guardianes, observándose más orden y calma, todo lo que modifica el ambiente de esos establecimientos.

Para Conolly, las cadenas, los grillos, las esposas, los collares de fuerza, constituían impedimentos materiales que atrofiaban los miembros de los enfermos, demostrando que la coerción mecánica sólo servía para excitar aún más a los agitados; y para salir de esos medios anticuados y crueles dió los mejores años de su vida; pero comprendió, con admirable sentido profético, que, además de esas cadenas materiales que había arrancado, existían otras espirituales cuya remoción sólo se podrían hacer con la simpatía humana y el tiempo.

La reforma que se opera con la aplicación del **no-restraint** demuestra la conveniencia de introducir mayor libertad dentro de los asilos, atenuando los inútiles rigores de la secuestración, del aislamiento celular, estableciéndose la vida en común, las diversiones y entretenimientos que tan favorablemente influyen en el espíritu de esta clase de enfermos. Asimismo, se da mayor impulso al trabajo, utilizando a los enfermos en las faenas agrícolas; pero en forma tan restringida que más bien parecía un ensayo. Tal carác-

ter tuvieron las primeras tentativas hechas en Francia, Alemania y Suiza.

Estas mejoras en el régimen interno de los manicomios no variaron la organización de los locales de manera fundamental, porque seguían imperando los prejuicios sobre los alienados, apesar de las reformas introducidas en el régimen asistencial, que, obstaculizadas en su comienzo, como sucede siempre con las nuevas conquistas, sólo fueron generalizándose poco a poco, y nadie se atrevería hoy a dudar de sus benéficos resutados—más aún, asombra el que se hayan opuesto a esas medidas que tanto provecho han reportado a los alienados, preparando al mismo tiempo el camino para otras reformas.

Viene después el período que puede denominarse de transición entre el asilo prisión y el asilo abierto. A partir de la segunda mitad del siglo XIX, se comenzaron a construír manicomios según el sistema de pabellones aislados, dotados de mejor confort, y aunque no desaparecía el régimen de clausura, permitió dar mayor libertad a los enfermos y una mejor clasificación. Asimismo, hizo variar el aspecto interno de los manicomios, apesar de que los pabellones de esa época son edificios muy grandes, macizos, simétricos, que semejan por sus proporciones y monotonía a los antiguos cuarteles.

Mientras Pinel se encontraba ocupado en su obra redentora, otra reforma se estaba produciendo tranquilamente en Inglaterra. William Tuke, un comerciante, se había indignado por la muerte misteriosa de una mujer, ocurrida en el Asilo de York. La sospecha que él tuvo sobre la causa del fallecimiento, aumentó por el hecho de que no se les había permitido a los parientes de la víctima visitarla. Este grave escándalo fué la causa inmediata de una propuesta de Tuke, en 1792, a la "Sociedad de Amigos", en el sentido de que la citada Sociedad erigiera una institución propia "en donde se pudiera adoptar y poner en práctica un sistema de tratamiento más benigno y más apropiado que el que solía practicarse generalmente".

La apertura del Refugio de York, cuatro años más tarde, fué el comienzo de una nueva era en la asistencia de los alienados. La contención, malos tratos y abusos fueron subs-

tituídos por la bondad y la tolerancia, por el trabajo o distracciones en los jardines y terrenos anexos al establecimiento.

Samuel Tuke, hijo del filántropo William Tuke, fundador del Refugio de York, da a conocer el método empleado: fué el inicio del **tratamiento moral** y el punto de partida para la implantación en la mayoría de los asilos ingleses de una granja para ocupar a los alienados crónicos en las labores del campo.

El método se empleó en seguida en Francia y después se extendió por el mundo, constituyendo desde entonces la libertad y el trabajo, medios terapéuticos de la más grande importancia que la experiencia se encargó de ampliar, y la clínica de establecer las indicaciones, demostrando, al mismo tiempo, que la libertad y el trabajo dentro del asilo no eran suficientes, y fué Escocia la que dió este nuevo paso hacia la mayor libertad del alienado, transformando la constitución material de los asilos y su organización interna, reforma llevada acabo principalmente por los alienistas Sibbald, Michel, Clouston, Rufherford.

Como primera medida, se derriban en algunos asilos de ese país los muros interiores y exteriores y se suprimen las rejas, dejando completamente libre el horizonte. El hecho se repite en los demás establecimientos de Escocia. Asimismo, se tiende a suprimir el aislamiento celular y los enfermos pueden salir de los asilos—bajo palabra—dada por ellos de volver dentro del plazo concedido; régimen al que se dió el nombre de **open-door**, que suscitó al principio grandes resistencias, pero que se fué imponiendo poco a poco, pues se creía que este sistema sólo se podría emplear en determinados países, de acuerdo con la índole particular de los alienados.

La reforma de los asilos de Escocia se debe a la iniciativa privada y al esfuerzo de algunos médicos, entre los que figura Duncan, a Lord Ashley y a Dorotea Dix.

Lord Ashley exclamaba en pleno parlamento, en 1845: "Yo no creo que en ningún país de Europa, ni tampoco de América, los alienados indigentes estén en un estado comparable a los de Escocia". Al mismo tiempo, la señorita americana Dorotea Dix, que había consagrado sus esfuerzos a mejorar la asistencia de los alienados en su patria y en el Canadá, visita Escocia en 1855 y después de conocer los asilos de dementes publica las condiciones inhumanas en que se encuentran los insanos y recurre a la influencia oficial, como lo había hecho en los Estados Unidos, lo que da por resultado el nombramiento de una comisión por el Go-

bierno, encargada de investigar el estado de los asilos y de organizar la asistencia. Así nace el asilo de **puerta abierta.**

La reclusión a que estaban reducidos todos los alienados era inútil y opuesta a las exigencias del tratamiento. Lo comprueba el resultado que se obtenía con ese procedimiento, que tanto daño hizo al enfermo, y que tanto desacreditó al asilo, al punto de que se le llamara "fábrica de crónicos y de incurables". Los métodos de contención mecánica excitaban más a los alienados y el sistema de clausura permanente los deprimía y los humillaba, ya que el sentimiento de libertad persiste en la mayor parte de estos enfermos, como lo demuestra la constante protesta que hacen contra la privación de su libertad, recurriendo con alguna frecuencia a la fuga como medio de satisfacer sus deseos.

La experiencia enseñó que, por lo menos, el 80% de la población de los asilos podía gozar de libertad con positivo provecho para su salud física y mental, y que apenas el 20% de los asilados eran tributarios de vigilancia constante, y ya no en la forma como se hacía en los asilos cerrados, sino en condiciones más humanitarias, más en armonía con la dignidad humana.

Con el **open-door,** la colonización agrícola recibe considerable impulso, no sólo porque se encuentra favorecida por el principio, sino porque el trabajo constituye un medio terapéutico de la más grande importancia y representa una fuente de recursos.

La gran extensión que se dió a las faenas del campo— convierte el anexo de los asilos cerrados en la parte principal del sistema de **puerta abierta** justificando el nombre de colonias dado a estos establecimientos.

Con este nuevo régimen aumenta el número de curaciones y mejorías, y disminuye el de evasiones. La libertad, el trabajo, el confort, las diversiones frecuentes y la vigilancia continua a los que realmente la necesitan alejan toda idea de fuga o la hacen difícil.

El **open-door** marca la tercera etapa en la evolución de asistencia de los alienados y es el origen de nuevas e importantes reformas.

Efectivamente, viene el período caracterizado por el desarrollo y mejoramiento de la asistencia, que es modifi-

cada por la aplicación del **no-restraint**, del **open-door** y del reposo prolongado en el lecho en el tratamiento de las psicosis agudas, creándose con tal objeto secciones especiales de observación y vigilancia contínua, por la utilización de enfermeros generales que van reemplazando al personal empírico, por la creación de **asilos-colonias** y de **colonias familiares,** sistema este que existía en Gheel desde tiempo remoto. Se disminuye el empleo del aislamiento celular, usándolo en los casos necesarios de modo transitorio.

Gracias a la organización médico-administrativa, y sobre todo, al impulso que se imprime a los estudios psiquiátricos con el último tercio del siglo pasado en las Universidades de Europa, la asistencia de los alienados hace grandes progresos. Cambia la organización material de los asilos y el sistema de pabellones. Se pide el arreglo cada vez más diferenciado del servicio de vigilancia, la balneación permanente, la generalización de la **clinoterapia** en el tratamiento de las psicosis agudas y la supresión del aislamiento celular.

El primer establecimiento que logró realizar la síntesis del progreso alcanzado fué el de Alt-Scherbitz, en Alemania, fundado por el doctor Koeppe, en 1876, modelo de **asilo-colonia,** que se extendió por el mundo y durante algún tiempo representó la **desiderata** en materia asistencial, ya que comprendía: el hospital, para los agudos y agudizados; el hospicio, para los inválidos, y la colonia para los enfermos capaces de trabajar y de llevar vida familiar. Es decir, disponía de los elementos fundamentales que reclamaba la asistencia de todas las formas y períodos de la alienación mental. Organización que trajo como consecuencia el aumento de médicos y auxiliares.

A estas ventajas hay que agregar que el costo y sostenimiento de los **asilos-colonias** resulta mucho más económico que el de los asilos cerrados, por la sencillez de las construcciones y por el rendimiento producido por los enfermos que, en proporción considerable, alrededor del 70%, se dedican a trabajos diversos.

A partir de esa época, se modifica el sistema de construcciones, siguiendo el principio de la subordinación estricta del plan general y de la construcción material de los es-

tablecimientos de alienados a las indicaciones de órden médico. En vez de grandes edificios simétricos, monótonos, se levantan pequeños pabellones de aspecto de villas o chalets, rodeados de jardines y parques distribuídos en orden disperso. Diferenciación de cada uno de estos pabellones en virtud de una organización material y moral expresamente adaptada a su destino especial. Número restringido de enfermos en cada pabellón—de 20 a 50. Ausencia de muros, rejas, enrejados, saltos de lobo.

En fin, la asistencia progresa a medida que se llenan las exigencias mucho tiempo desconocidas en el tratamiento racional de esta clase de enfermos. Para dar satisfacción a los deseos de la Psiquiatría, para aplicar el tratamiento individual, que reclaman con el mismo título que los enfermos comunes los que sufren de enfermedad mental, se establecen pequeños hospitales urbanos de tratamiento y clínicas psiquiátricas autónomas (con **stage** obligatorio de seis meses para todos los alumnos), destinados a la asistencia de las psicosis agudas y a la enseñanza, y se reconoce la necesidad de personal auxiliar especializado, estableciéndose escuelas con tal fin.

El aumento progresivo del número de alienados da lugar a la extensión de las Sociedades de Patronato y al desarrollo de ciertas formas de asistencia: **familiar** y **colonización.** Al lado de estas instituciones, se ven surgir establecimientos para: **epilépticos, alcohólicos, nerviosos, alienados llamados judiciales, débiles mentales, dementes seniles.**

Por lo expuesto, la asistencia de los alienados entra en una nueva etapa, en la que se tiende a la especialización, reclamándose hospitales para el tratamiento de las enfermedades mentales agudas, colonias para los crónicos válidos, hospicios para los álienados inválidos, asilos para bebedores, asilos-colonias para los epilépticos, institutos médico-pedagógicos para los niños anormales, sanatorios populares para los nerviosos, y siguiendo esta clasificación, establecimientos para criminales vueltos alienados y para los peligrosos en general; evolución que se realiza muy lentamente, a medida que se esparcen las ideas de los alienistas franceses, escoceses, ingleses, alemanes y belgas.

El progreso no sólo impuso modificaciones sustanciales en la concepción de los asilos, sino también en la asistencia misma de los alienados, que, como es natural suponer, no podía sustraerse a la ley de la evolución que rige los hechos biológicos y sociales.

La terapéutica, el laboratorio, las investigaciones científicas, la legislación, la medicina legal, la profilaxia, avanzan, dando mayor fuerza a la clínica y al tratamiento, permitiendo una mejor defensa del alienado y de la sociedad. Así termina el siglo XIX.

No vamos a negar que el siglo XIX representa en la Historia una época de intenso progreso, no sólo en lo que respecta a la aplicación práctica de los grandes descubrimientos científicos, sino también por la elevación de los sentimientos humanitarios que inspiraron las diversas formas de asistencia. Y aunque es en el siglo pasado, como hemos visto anteriormente, que comienza el cuidado de los insanos, considerados un tiempo como peligrosos y después abandonados o reprimidos, los sentimientos de fraternidad y de solidaridad no vibran con el mismo tono cuando se trata del alienado.

La Psiquiatría del siglo XIX, a pesar de su trascendencia, sólo fué de asilo, y los alienistas que se esforzaron por reparar las crueldades y errores del pasado, ejercieron sus actividades dentro de los estrechos límites de esos establecimientos, y no obstante de que gran parte del progreso alcanzado en la observación clínica precisa y detallada se debe a sus investigaciones, de manera especial a Kraepelin, la asistencia tuvo mayormente un tinte sentimental.

El siglo XX encuentra a la Psiquiatría convertida en una rama muy importante de la Medicina, que permite el mejor desarrollo y perfeccionamiento de la asistencia.

El hospital urbano, soñado por Esquirol, perseguido por Griesinger y propuesto después por Kraepelin, Marie, Jouffroy, Demaye, Solier, Toulouse y otros, constituye, a principios del siglo, la última palabra en materia de asistencia, dando lugar en algunos países de Europa y en Estados Unidos a la creación del Hospital Psiquiátrico o Psicopático.

Sioli y Dannemann reclaman en el Congreso de Leipzig (1900), la necesidad de crear en cada ciudad de más de 50,000 habitantes un "servicio abierto" para enfermos mentales. Régis demuestra en el Congreso de Limoges (1901) la urgencia de mantener en el hospital común, en salas apropiadas, a los delirantes agudos. Acordando el Congreso el

siguiente voto: "Es de desear que se establezcan en todos los hospitales salas de aislamiento para la observación de enfermos delirantes o agitados, los mismos que serían trasladados al Asilo después de estar confirmada la alienación mental". Roux pedía, en el Congreso de Grenoble (1901) que los delirantes y agitados pudieran ser admitidos en los hospitales comunes, y Van Deventer solicitaba, en el Congreso de Moscou (1914), "servicios abiertos" para delirantes fuera del Asilo.

Se habla también de otra cuestión muy interesante: de la asistencia a domicilio de ciertas afecciones nerviosas y cerebrales que se venían considerando como tributarias del Asilo, forma propuesta en los congresos internacionales de Milán (1906) y de Budapest (1910) por los doctores Manhermer Gommes y Van Deventer respectivamente.

El 1.o de julio de 1922 se estableció en París un servicio abierto en el Asilo de Santa Ana, que fué encomendado al doctor Toulouse, servicio que muy pronto se independizó, convirtiéndose en el Hospital **Henri-Rousselle,** culminando así, después de 25 años, los esfuerzos del doctor Toulouse, el pionero de la Higiene Mental en Francia.

El Hospital **Henri-Rousselle,** instituto modelo en su género, está destinado a los pacientes mentales que no necesitan asistencia bajo la ley de 1838, y es completamente libre; los pacientes pueden ingresar sin traba alguna, no distinguiéndose en esto de un hospital común. Su organización comprende: el hospital abierto; un centro biológico correspondiente a las novísimas disciplinas de bio-psiquiatría y de bio-psicología y adaptadas a los trabajos médicos, a las investigaciones científicas y a la preparación y enseñanza, y un servicio de profilaxia mental para las aplicaciones más importantes de la psiquiatría social.

La creación de estos servicios, que se han extendido por el mundo, se fundaba en la necesidad imperiosa de separar a los agudos de los crónicos, tanto como medida terapéutica, cuanto por evitar a los primeros, casi siempre curables y en poco tiempo, los perjuicios que socialmente entraña el ingreso a un Asilo.

Se pedía, a la vez, que la admisión a los hospitales psiquiátricos y a los servicios de los hospitales comunes fuese sin formalidades, estableciéndose, al mismo tiempo, que en esos servicios funcionasen consultorios psiquiátricos externos y, en los lugares en donde existiesen universidades, la Cátedra de Psiquiatría.

A pesar del progreso que se realiza en los primeros años de nuestro siglo, el tratamiento individual no se podía llevar a cabo, el personal médico y auxiliar era insuficiente y el número de camas no permitía atender a todas las solicitudes de ingreso, y lo que era más grave, parecía que, a excepción de los médicos de los asilos, pocas personas estaban interesadas en el bienestar de los alienados, y los poderes públicos sólo intervenían a raíz de los accidentes ocurridos, por lo general, como consecuencia de la sobrepoblación de los mencionados establecimientos.

Y actualmente, sería imposible tratar al número alarmante de enfermos de la mente, si no fuera por los hospitales psiquiátricos, los servicios abiertos y los dispensarios de Higiene Mental que, desde el principio de este siglo, se vienen estableciendo en Europa y en América de acuerdo con las nuevas tendencias, y sería igualmente imposible guiar a los enfermos egresados de las instituciones asistenciales si no se contara con el servicio social y las clínicas especiales.

A medida que el estigma de la alienación mental se va atenuando y progresan las instituciones asistenciales, aumenta la población de atendidos. El estudio y mejor observación de un número cada vez mayor de alienados, el establecimiento del consultorio externo, del servicio social y el desarrollo de la labor preventiva, son factores poderosos para el avance de la Psiquiatría, que se proyecta en un sector extenso dentro del cual caben ya especialidades — avance debido a los esfuerzos de sus cultivadores, que abandonan la actitud pasiva de otrora; situación que ha sido modificada en gran parte como resultado de las investigaciones de Freud y de su escuela, y de las de Jung y Adler. Ahora tenemos una mejor comprensión de los conflictos que surgen en el inconsciente y su relación con los desórdenes de la personalidad, concepto que lleva al psiquiatra a los campos de la delincuencia, de los desvalidos y de la educación, hecho de la mayor trascendencia desde el punto de vista de la higiene y profilaxia mentales. Tal es el resultado de la labor extra-hospitalaria, y se habla entonces de enfermos mentales, de hospitales psiquiátricos y de psiquiatras.

Para hacer obra de previsión y para atender al número cada vez mayor de enfermos mentales, la Psiquiatría va a la socialización, gracias a las aplicaciones prácticas de los conocimientos adquiridos en el estudio de la alienación mental, y pide además de las instituciones conocidas una serie de organismos diferenciados de asistencia y profilaxia ambulatoria: clínicas de hábitos para niños de edad pre-esco-

lar, clínicas de orientación infantil para los niños de escuelas primarias y para los de los colegios de instrucción media: clínicas de orientación profesional. Los psiquiatras se interesan por el estudio de los criminales, de los epilépticos, de los débiles de espíritu, y por la lucha contra la narcomanía; son asesores de los Tribunales de Justicia y como especialistas intervienen en el ejercicio diario de la Medicina general, absolviendo consultas de orden psiquiátrico.

Aunque estoy dirigiéndome a colegas tan ilustrados, y a primera vista parecería innecesario este recorrido histórico que hemos realizado a gran velocidad, divisando solamente los puntos principales, creo que de su contenido surge una interrogación que debemos escuchar con el mayor interés. Es decir, ¿estamos tratando en nuestros países el problema de la asistencia de los enfermos mentales en la forma que se debe, o está aumentando paulatinamente su gravedad?

La organización actual de la asistencia de los enfermos mentales, en la mayor parte de los países, es anticuada, aún en el sector hospitalario. Todavía no ha sido abordada en forma adecuada e integral.

La historia nos enseña que el concepto asistencial no ha progresado, podemos decir, en línea recta y de manera permanente, porque con facilidad se pierden o no se utilizan las ventajas alcanzadas, y nos enseña también que los médicos alienistas, aún del mismo país, no han estado de acuerdo en cuanto a las reformas básicas que tendían a modificar la asistencia. Nos referimos, en primer lugar, a las medidas terapéuticas practicadas por los alienistas del siglo XVIII y de casi todo el siglo pasado — "la edad de hierro de la Psiquiatría" — tal era la importancia que se concedía a los aparatos de contención mecánica, en la que sobresalieron los alemanes; al punto que Esquirol expresaba que nada hay comparable a la fantasía extraordinaria de los alienistas germánicos para inventar instrumentos de contención destinados a los insanos.

En 1818 funcionaban en Berlín, y nada menos que en la Cátedra del Prof. Horn, las "máquinas rotativas" y las "cajas tornantes", con el propósito de tranquilizar a los agitados y de estimular a los deprimidos, según fuese la velocidad de rotación o traslación de aquellas máquinas destinadas a la "cura por el disgusto", que así se denominaba este procedimiento por la serie de trastornos que sufrían los

insanos: vahidos, desvanecimientos, pérdida del conocimiento, cefaleas, náuseas, vómitos.

También se empleaban con frecuencia, el "embolsamiento" total o parcial de los alienados, la "flagelación", el "cáustico en la nuca", y hasta 1840, el Prof. Schneider de Hannover, utilizaba corrientemente en su clínica las "fustigaciones con ortigas", los "puntos de fuego" en las plantas de los pies y en las palmas de las manos, la "mordaza permanente" y los "baños de nieve".

Los distinguidos alienistas alemanes Zeffer y Piclit, en los asilos de Handernach (1870) y de Stralsun (1871) trataban a los agitados en las "sillas de contención", en los "lechos giratorios" y utilizaban "grillos de madera" y "esposas metálicas" y "caretas de aislamiento". Como se ve, algunos de estos procedimientos se empleaban hasta el comienzo del último tercio del siglo pasado, a pesar de la reforma de Conolly, del **open-door,** del asilo a **puerta abierta,** del **tratamiento moral,** del trabajo al aire libre, de la **clinoterapia,** de los servicios de observación y vigilancia continua, de la tendencia a la supresión del aislamiento celular. Y todo pasa en Alemania, país que ha contribuído de manera decisiva al progreso de la Psiquiatría y de la asistencia de los enfermos mentales y que hoy figura entre las naciones más adelantadas en esta materia.

Es difícil comprender cómo pudo tolerar la sociedad el estado en que vivían los alienados en Francia, 40 años después que Pinel los libertó de las cadenas. Las celdas continuaban siendo estrechas, húmedas, obscuras, y algunas de ellas hallábanse bajo el nivel del suelo, y los inválidos yacían sobre montones de paja, rara vez renovada; el aire y la luz penetraban por fugaces instantes a esos malsanos recintos sólo cuando la puerta era abierta. Los furiosos dormían en el suelo; los guardianes eran desaseados y brutales en sus maneras e ingresaban a las celdas armados de palos, chicotes y acompañados de perros feroces.

Asimismo, asombra conocer las condiciones inhumanas en que se encontraban los alienados en Escocia, en 1855, cuando visita ese país Dorotea Dix, preocupada por la humanización de la asistencia de esos enfermos, y cuyo influjo y labor tesonera se hizo sentir tanto en Escocia, Canadá y Estados Unidos, en donde presentó al Congreso, en 1848, un memorial describiendo la situación de los alienados, en que solicitaba, al mismo tiempo, protección económica.

Dorotea Dix suministra a las autoridades americanas horribles descripciones sobre los insanos, después de recorrer establecimientos públicos y privados, los hospicios, re-

fugios y cárceles, en donde los pacientes estaban sujetos con cadenas y grillos, en jaulas y en celdas sucias, reducidos, como decía ella, "a la más abyecta postración física, moral y mental".

Al llegar a este punto, debemos expresar que todavía, por desgracia, se utilizan en muchos establecimientos psiquiátricos, aún del viejo continente, métodos reprobables; nos referimos a ciertos medios de contención y al aislam ento celular.

Asimismo, la **clinoterapia** y la **ergoterapia**, por lo general, se usan con el concepto antiguo. Se exagera el empleo del tratamiento por el lecho y no se encuentra organizado el trabajo de acuerdo con la tendencia actual — de la actividad y la disciplina, según criterio estrictamente médico, en cuanto a la balneoterapia — se ha pasado de la exageración — de la época en que "la locura era soluble en el agua", hasta casi el abandono de este procedimiento terapéutico necesario que tiene sus indicaciones precisas.

La publicación de la original obra de Clifford Beers, en 1908, "Una mente que volvió a encontrarse", llega en el instante en que los psiquiatras americanos estaban seriamente preocupados en la solución integral del problema de los enfermos mentales, y no cabe duda que el libro de Beers cristalizó la opinión, dando lugar a la iniciación del movimiento de Higiene Mental, que marca el comienzo de una época en la Medicina contemporánea.

Clifford Beers, después de haber recobrado su salud mental en 1903, luego de haber pasado tres años en diversos sanatorios y hospitales psiquiátricos, de cuya experiencia nos hace un cuadro impresionante en su autobiografía "Una mente que volvió a encontrarse", dedicó todos sus esfuerzos con el fin de lograr el mejoramiento y progreso de la asistencia de los enfermos mentales, procurando al mismo tiempo medios adecuados de protección de la salud psíquica.

Las ideas de Beers despertaron la simpatía de un grupo reducido de personas, y fundó la primera sociedad de higiene mental en el mundo, en New Haven, Estado de Connecticut (Estados Unidos), el 6 de mayo de 1908, y el 19 de febrero de 1909, con la cooperación del mismo grupo integrado por eminentes personalidades: psiquiatras, filósofos, sacerdotes — con el fin de llevar a cabo, en forma más amplia, los propósitos delineados en su obra antes mencionada, establece el Comité Nacional de Higiene Mental, movimiento

que culmina con la celebración del Primer Congreso Internacional de Higiene Mental, reunido en Washington en 1930, con asistencia de 53 países, y se funda el 6 de mayo del mismo año el Comité Internacional de Higiene Mental, con el fin de coordinar los trabajos de las organizaciones similares nacionales de los distintos países.

William James, el notable psicólogo americano, al secundar los propósitos de Beers, describió la situación tal como era en ese tiempo en los siguientes términos: "en ninguna parte se encuentra tanto infortunio como en los asilos; en ninguna parte existe tanta rutina torpe y tanta insensibilidad; en ninguna parte es más costoso un tratamiento ideal. Los funcionarios que tienen a su cargo dichos establecimientos se van resignando poco a poco, hasta acostumbrarse, a las condiciones en que deben trabajar; ellos no pueden defender su causa como podría hacerlo una organización auxiliar, y la opinión pública se muestra demasiado complacida de su ignorancia. Como mediador entre los funcionarios, los pacientes y la conciencia pública, una sociedad tal como la esboza usted es absolutamente necesaria y cuanto más pronto principie a funcionar será mejor".

Antes de que Clifford Beers, graduado de la Universidad de Yale, publicara su autobiografía, era grande el atraso de los asilos y sanatorios privados y bárbara la manera de tratar a los enfermos. En concepto de Beers, aquellos tratamientos bien podrían despojar a cualquier enfermo de la oportunidad de restablecerse. No existía verdadera especialización, el personal auxiliar de asistencia era cruel y muy ignorante, y en la parte administrativa dominaba el criterio simple de economía cuando no el de especulación, y quién sabe cuánto tiempo más hubiera continuado esa situación de afrenta a la cultura, si no hubiera aparecido en el escenario público un antiguo enfermo, víctima de esa época tenebrosa, que, curado de su dolencia, denunciara al mundo el baldón que representaba para la humanidad aquel estado de cosas, y publica su famoso libro, con prólogo de William James, leal amigo y consejero, en el que no se sabe qué admirar más — si la sinceridad de sus propósitos, la fortaleza espiritual para contar todo lo que sufrió en tres años y durante su estada en tres establecimientos de asistencia, o la generosidad infinita que encierra ese libro de incalculable valor moral, que ha tenido la rara virtud de conmover al mundo.

Clifford Beers recorrió su patria en busca de adherentes. Hizo un llamamiento en pro de la mejor comprensión de los trastornos psíquicos y del tratamiento humanitario y

científico de los enfermos mentales y por que se adoptara la prevención oportuna, solicitando el apoyo de los psiquiatras, psicólogos, filántropos. Así se inició la cruzada en favor del cambio de métodos y sistemas en la manera de asistir y tratar a los enfermos mentales, reclamando la urgencia de librar campaña educativa contra la ignorancia y pidiendo el apoyo de cuantos sintieran amor por la humanidad, para firmar una nueva organización, suyo santo y seña fué Higiene Mental, frase mágica que sugirió Adolfo Meyer, el más grande psiquiatra americano, su colaborador, y a quien Beers consultaba sus planes.

Después de la fundación del Comité Nacional de Higiene Mental, Estados Unidos ha progresado tanto en este sector, que figura justamente a la cabeza, no sólo por sus instalaciones materiales, sino también por sus organizaciones científicas, médicas y sociales, dirigidas por personal especializado.

El movimiento que iniciara Beers ahora 29 años, ha tenido el más completo éxito y ha significado un portentoso avance para la humanidad, extendiéndose por el mundo como un nuevo Evangelio lleno de esperanzas. Beers dió forma definitiva a los anhelos que en favor de los enfermos mentales existían más o menos latentes en todos los países. En este lapso de tiempo, los manicomios, los asilos, tienden a convertirse en hospitales, enfermeros especializados van reemplazando al personal ignorante; se establece la dirección técnica de los hospitales psiquiátricos y la carrera del médico psiquiatra; se difunden la enseñanza y los institutos de Psiquiatría; se organizan numerosas instituciones para la asistencia diferenciada; se multiplican las investigaciones clínicas y de laboratorio; progresa la terapéutica; comienza la era preventiva, llevándose a la práctica los consejos de la higiene y profilaxia mentales; se modifican los códigos, reformándose la enseñanza, las instituciones correccionales y la organización de los presidios; se dictan leyes especiales en el campo de la eugenesia y se autoriza la esterilización de individuos afligidos por formas graves de trastornos mentales.

En la administración pública de muchos países se han creado organismos técnicos para la dirección y control de las actividades que se desarrollan en el campo de la Higiene Mental, y se han establecido por iniciativa privada: comités, consejos, sociedades, asociaciones o ligas, para divulgar sus

enseñanzas y para cooperar con los poderes públicos en todas las cuestiones relacionadas con la salud psíquica.

El aumento del número de enfermos mentales es un fenómeno universal que debe procurar a los poderes públicos y a todos los que se interesan por el bienestar y el progreso; porque de la eficiencia psíquica depende el engrandecimiento de los países, y porque un sinnúmero de hechos que perturban el orden y el adelanto de la humanidad guardan estrecha relación con las enfermedades de la mente.

No hace mucho tiempo se sabe que la alienación mental es una enfermedad del cerebro que, reconocida y atendida a tiempo, es curable; pero, como priva al individuo de una de sus más diferenciadas funciones, el pensamiento, precisa a la sociedad y al Estado velar por su defensa, proporcionando a esta clase de enfermos las garantías necesarias y los medios de curación, o en su defecto, crearles las condiciones de existencia dignas de todo ser humano; de ahí que, casi todos los países, a partir del siglo XIX, se hayan preocupado de dictar layes o disposiciones especiales.

LA ORGANIZACION DE LA ASISTENCIA DE LOS ALIENADOS supone el revisar las leyes pertinentes y la necesidad de que se expidan en los países que no las tienen. Hemos hablado de revisión, en primer lugar, porque todas las legislaciones sobre alienados exhiben todavía carácter policial. Se preocupan demasiado por salvaguardar a los pacientes de peligros que no existen, de la secuestración arbitraria, y no se interesan lo suficiente por la organización científica de las instituciones asistenciales. Mientras exista esa preocupación por defender a los enfermos de peligros imaginarios, mantenida por leyes y reglamentos, y por los mismos médicos, con el propósito de ponerse a salvo de cualquiera acusación, subsistirá la desconfianza sobre esas instituciones, con grave daño de los enfermos.

Las legislaciones no establecen, por lo general, la asistencia con criterio médico y las disposiciones anacrónicas obstaculizan la atención oportuna a los enfermos, y de esta manera el hospital psiquiátrico resulta siempre atrasado y aleja a los enfermos, particularmente a los pequeños mentales, a los lúcidos. Leyes hay tan antiguas que no es posible que coexistan con las tendencias profilácticas, y se refieren a un grupo reducido de enfermos mentales, prescribiendo sólo medidas de excepción.

Es indispensable, pues, reclamar leyes que sean preferentemente médicas, que estén en armonía con el progreso psiquiátrico, con las conquistas adquiridas en el orden social, en fin, con la cultura humana, que debe reflejar sobre los enfermos de la mente las mismas disposiciones que rigen sobre los enfermos comunes; en resumen, debemos pedir leyes de Higiene Mental, con el propósito de abordar el problema dentro del criterio contemporáneo, ya que hoy no se concibe asistencia psiquiátrica sin servicios de higiene y profilaxia.

La asistencia de los enfermos mentales está llena de imperfecciones, y aunque existe un movimiento permanente de los psiquiatras para remediar esta situación, el espíritu público parece no estar interesado en esta reforma, y su importancia escapa a la mayor parte de las administraciones públicas y aún de los mismos médicos.

El enfermo mental no puede dirigir, atender o presidir su propia curación y constituye daño permanente para él y para la sociedad, de manera que es indispensable estatuir la asistencia obligatoria con un fin altamente humanitario y en defensa de la raza. Pero, asistencia obligatoria no significa siempre reclusión, porque la ley, siguiendo los consejos de la clínica, deberá autorizar la asistencia de acuerdo con las reacciones del enfermo, y por lo mismo, puede ser atendido en el domicilio, en el hospital psiquiátrico o en cualquiera institución pública o privada destinada a esta clase de enfermos.

Es muy frecuente que los enfermos mentales permanezcan durante mucho tiempo abandonados desde el punto de vista terapéutico, ya por ignorancia, ya por creer que la locura es infamante para la familia; y sólo acuden al médico especialista cuando el enfermo constituye peligro. Este abandono terapéutico compromete el porvenir del enfermo, y cuanto mayor sea el tiempo que permanezca sin tratamiento, menores serán las probabilidades del éxito.

La incurabilidad de la locura que derivara del abandono del alienado, es una simple leyenda. Hoy se sabe con certeza que el éxito depende de la precocidad en la asistencia.

Todos los psiquiatras insisten en la necesidad del tratamiento precoz y hacen ver que un enfermo mental abandonado desde el punto de vista terapéutico es una carga pesada, primero para la familia y después para el Estado. Por eso todos los esfuerzos deben ser encaminados preferentemente a la asistencia de los agudos, casi siempre curables.

La corriente en favor del tratamiento extra-hospitalario es cada vez mayor. Así lo comprueba la extensión del concepto de la asistencia mental en los diversos aspectos que ha adquirido en los últimos años, en que sufren una fundamental transformación.

Es indispensable establecer la carrera del médico psiquiatra, lo que implica cuidar de su preparación. La especialidad sólo se puede adquiriren contacto diario con los enfermos mentales; la mejor escuela es el hospital psiquiátrico;su estudio es difícil y su ejercicio peligroso y requiere cultura superior y aptitudes especiales, y el psiquiatra no podrá dedicarse únicamente al estudio de su especialidad, porque correría el peligro de no comprender muchos trastornos más explicables por los conocimientos de la clínica general y debe estar familiarizado con las investigaciones de laboratorio; es decir, que se trata de un médico que agrega a su equipo de cultura general las enseñanzas de la especialidad.

Los servicios de los psiquiatras se están haciendo cada vez más necesarios, porque el horizonte de la higiene mental se ensancha, abarcando el campo de todas las actividades del espíritu humano. El psiquiatra presta su poderoso concurso en la educación, en la higiene y en la defensa social, verificando así la profilaxia en el sentido más amplio.

Es asimismo indispensable contar con personal técnico auxiliar. Más importante y más necesaria aún es la cooperación del enfermero en la asistencia de los enfermos mentales y exige, por la naturaleza misma de la especialidad, mayor cultura y tono afectivo que en el enfermero general; más espíritu de sacrificio y una clara comprensión de la ética, si se piensa que estos enfermos no pueden presidir su propia asistencia y que necesitan cuidados especiales.

El tratamiento moral e individual es la base misma de la terapéutica de las enfermedades mentales. Es el médico psiquiatra quien debe instituírlo y supervigilarlo; pero es el personal subalterno, que está más en contacto con el enfermo, el que debe continuar esa tarea, y la prescripción médica no surtirá sus efectos sino por la manera cómo es comprendida y ejecutada.

Para contar con personal especializado, es indispensa-

ble fundar escuelas anexas a los hospitales psiquiátricos, en donde se pueda dar enseñanza teórica y práctica. Llevar a cabo esta obra es salvar un obstáculo en la asistencia científica de los enfermos mentales. Por eso, uno de los grandes esfuerzos para mejorar la organización de las instituciones psiquiátricas ha sido, sin duda alguna, el poder contar con personal debidamente preparado para reemplazar a los servidores ignorantes de épocas de menor cultura.

La reacción contra el sistema que impedía utilizar el progreso de la Medicina en favor de los enfermos mentales se inicia desde el instante en que se vió la necesidad de instruir al personal auxiliar, para continuar empleando enfermeros generales, que aunque representó un progreso, la preparación técnica no había resarrollado en ellos las cualidades y competencia para hacer frente a los múltiples problemas mentales, culminando entonces con la preparación de personal especializado en psiquiatría, estableciéndose como consecuencia del adelanto y de la división del trabajo verdaderas especialidades en la actividad del personal técnico auxiliar: fisioterapia, laborterapia, trabajos de laboratorio, estadística, farmacia, rayos X, dietética, trabajo social, servicios auxiliares médicos y administrativos. Este desenvolvimiento ha contribuído de manera notable a aumentar los recursos del médico psiquiatra en el estudio y tratamiento de los enfermos mentales, desde el punto de vista individual, base de la terapéutica psiquiátrica.

Otra aspiración de los psiquiatras es que desaparezca el ASILO, el depósito de enfermos, en donde el hacinamiento impide toda labor científica, en donde los grandes servicios esterilizan el trabajo médico. Estos servicios numerosos, a cargo de uno o dos médicos y con personal auxiliar insuficiente, son anti-económicos y anti-científicos. Los enfermos se pierden en la masa y marchan fatalmente a la cronicidad, manteniendo la idea de la incurabilidad de las afecciones mentales y el rechazo por estas instituciones que el público considera como refugio para incurables o peligrosos.

De acuerdo con la tendencia cada vez más acentuada del tratamiento precoz y de la asistencia individual, no es posible sostener por más tiempo semejante organización. Asistir es dividir, es clasificar, es atender un número reducido de enfermos, cuantos menos mejor. La experiencia enseña que el éxito depende, además, de la precocidad en el tratamiento, de la asistencia en pequeños servicios, donde

la atención médica y del personal auxiliar se puedan ejercer ampliamente.

EL ASILO, en donde se mezclan toda clase de enfermos mentales, no está a tono con el progreso psiquiátrico. Este tipo de establecimiento, legado de épocas pretéritas, de épocas de menor ilustración, no debe perdurar.

El Hospital Psiquiátrico es el órgano esencial de la asistencia y, al mismo tiempo, centro de enseñanza, de investigaciones científicas y eje de toda organización profiláctica.

El Hospital Psiquiátrico, que debe contar con todos los elementos de un hospital moderno, representa un notable adelanto desde el punto de vista médico y social.

La creencia en la incurabilidad de las enfermedades mentales se encuentra muy esparcida, no sólo entre el público, sino también entre los médicos. Este prejuicio de la incurabilidad de la mayoría de las psicosis ha sido de consecuencias desastrosas. Si la asistencia de los enfermos de la mente es todavía defectuosa, se debe atribuir a la influencia de las ideas erróneas sobre la naturaleza de estas enfermedades y su tratamiento. Durante mucho tiempo, la atención de la mayor parte de los alienistas fué retenida por los cuidados de orden higiénico y humanitario de los crónicos e incurables y convalescientes, y no por los procedimientos terapéuticos destinados a la curación de los agudos.

El Hospital Psiquiátrico, de estructura especial, determinada por consideraciones de orden médico, debe ser "abierto", es decir, en donde los pacientes ingresan sin formalidades legales que obstaculizan la asistencia precoz, y de esta manera tiende a la vez a eliminar los residuos de una tradición medioeval y promueve una mejor actitud del público.

Destinado a la asistencia de enfermos agudos y de tipo curable, en general, debe estar dotado de todos los recursos de la terapéutica y de los laboratorios necesarios para establecer el diagnóstico, y por lo mismo, el tratamiento respectivo, y satisfacer también las exigencias de las investigaciones científicas en: anatomía, patología, fisiología, bio-química, bacteriología, serología, radiología, electrología, psicología, psicotecnología.

El funcionamiento del Hospital Psiquiátrico requiere personal médico numeroso, de elevada cultura científica,

que pueda responder a la labor intensiva que es indispensable desarrollar para el estudio completo y detallado de cada paciente en el menor tiempo posible.

Un amplio y minucioso examen físico y mental y el estudio detallado de cada enfermo, de conformidad con los conocimientos actuales, es un proceso organizado y demanda gran labor, necesita personal auxiliar especializado y numeroso, y contar con la cooperación de médicos, cirujanos y otros especialistas en casos determinadòs.

Hasta hace poco tiempo, los médicos psiquiatras se conformaban con tratar las manifestaciones objetivas. Pero la influencia de la escuela psicoanalítica ha conducido a apreciar mejor los elementos subjetivos suministrados por los enfermos, y las informaciones de un gran valor práctico se pueden llevar a cabo gracias a los métodos de estudio de la personalidad, y todos los factores: sociales y económicos, factores conscientes e inconscientes, que han contribuído a la vida misma o a la situación del individuo, son clramente distinguidos y avaluados con el fin de determinar exactamente en qué medida esos factores pueden ser modificados.

El resultado que se obtiene en la actualidad aplicando sistemáticamente la asistencia individual, ha hecho pensar que, si se hubiera intentado un esfuerzo en este sentido, en mayor escala, hubiera sido posible aumentar la proporción de pacientes egresados de los hospitales. El tratamiento individual permite utilizar todos los auxilios de la terapéutica psiquiátrica que cada día se enriquece más, y de otra parte, permite también desarrollar y fortificar las aptitudes que quedan intactas aún en el individuo y que pueden ser útiles en la vida social.

La tendència actual de la clínica psiquiátrica es, en resumen, encontrar por las pruebas de laboratorio los procesos biológicos, las modificaciones humorales y anatómicas, que pueden ser las causas determinantes de los trastornos mentales, así como el estudio lo más detallado del enfermo, de sus familiares y de su ambiente en general.

Las disposiciones que rigen la marcha de estos organismos varían según los países y las ciudades. Hospital de capacidad reducida, aunque de gran movimiento, sólo presta asistencia durante un plazo determinado, dentro del cual el enfermo es dado de alta o trasladado a otro establecimiento de asistencia prolongada. Situado en la ciudad, puede funcionar como entidad independiente o formando parte de un hospital común (departamento psicopático o psiquiátrico o "servicio abierto"); en este caso, limita un tanto su campo

de acción, de acuerdo con la estructura del hospital al que pertenece.

El Hospital Psiquiátrico debe coordinar sus operaciones de acuerdo con un programa de acción completo y organizado: Servicio Social y Dispensario de Higiene Mental, organismos que adquieren cada día más importancia en su rol profiláctico y asistencial.

El médico de hospital, hasta hace poco, no disponía de medios auxiliares que le permitieran traspasar los linderos del hospital. Y era sumamente difícil, si no imposible, obtener una anamnesia social objetiva del enfermo, de hacer un diagnóstico social exacto y de definir una terapéutica social, en fin, de recurrir a las medidas profilácticas también con criterio social.

Ahora, si se piensa que los enfermos mentales, con frecuencia, tienen abolengo patológico y que el ambiente influye, a veces de manera decisiva en la producción de los trastornos mentales, hay que convenir en que en ninguna rama de la Medicina es más importante el papel del Servicio Social que en la Psiquiatría.

El Servicio Social psiquiátrico se ocupa del estudio del ambiente y de recoger todos los datos para el mejor historial de los enfermos. Es el órgano de enlace entre el Hospital Psiquiátrico y las familias de los enfermos. Asimismo, tiene la misión de vigilar a los pacientes en asistencia domiciliaria, a los que acuden al Dispensario de Higiene Mental y a los asilados del Hospital Psiquiátrico, con el fin de contribuir en lo posible a su readaptación. También debe informar a las personas y entidades que deseen ocupar a los curados y convalescientes. En general, deberá mantener relaciones con los establecimientos de asistencia pública o privada, y puede denunciar la necesidad de internamientos de urgencia.

El Servicio Social no sólo concede auxilio moral, sino también material: medicinas, análisis, pequeños gastos, y por lo mismo, viene reemplazando, y con ventaja, al lado de las nuevas disposiciones científicas y de las Ligas de Higiene Mental, a los Patronatos de Psicópatas, que ejercen sus funciones dentro del criterio de la caridad.

Este Servicio tiene sus raíces profundas en la estructu-

ra social; de ahí su extraordinaria necesidad, y por lo mismo debe ejercer su acción de higiene mental en la defensa social de la maternidad, de la infancia, en los anormales psíquicos, en la organización del trabajo por la orientación profesional y la selección psicofisiológica de los trabajadores.

El Servicio Social psiquiátrico funciona bajo dirección médica especializada y cuenta con un número variable de trabajadores sociales, cuyos servicios utilizan todas las formas de asistencia psiquiátrica, y cada una de estas actividades constituye una especialización del Servicio Social psiquiátrico; hospitales, institutos, colonias, clínicas de orientación.

En los hospitales, el personal del Servicio Social llena diversas funciones, que lo llevan a la especialización: según se dedique al cuidado del enfermo en el hospital, o de su colocación afuera, o de su trabajo.

El Dispensario de Higiene Mental es una policlínica organizada según especialidades en diversos consultorios. Sirve para la asistencia ambulatoria de los enfermos mentales y para la vigilancia médica de los egresados, de los convalecientes, de los salidos precozmente. El Dispensario desarrolla sus labores en conexión con los diferentes servicios auxiliares del Hospital en el que funciona: cirugía, laboratorio, farmacia, odontología, fisioterapia. Y debe abarcar la profilaxia en su sentido más amplio, llegando a realizar exámenes de orientación y selección.

Existen muchas personas que, por falta de dirección oportuna, pasan la vida cambiando de actividad por no haber hallado ocupación de acuerdo con sus aptitudes, con grave daño, por el tiempo perdido y por los insucesos que traen como consecuencia trastornos psíquicos. El Dispensario debe organizar campaña contra las causas que perturban los centros nerviosos: sífilis, tuberculosis, intoxicaciones, alcoholismo, opio y sus derivados, e impedir la eclosión de las perturbaciones en los predispuestos, amenazados por determinación de factores inmediatos, sobre los cuales el laboratorio suministra indicaciones indispensables a la profilaxia.

El Dispensario de Higiene Mental, para aumentar su radio de acción y servir a los fines de su creación de manera eficiente, necesita, además del psiquiatra que lo dirige. la colaboración de psicólogos, médicos, cirujanos, neurólo-

gos, laboratoristas, oculistas, otorinolaringólogos, porque son necesarias, aparte del examen completo, físico y mental, investigaciones especiales desde el punto de vista profiláctico, con el propósito de poder formar opinión sobre el estado actual y la capacidad psicofísica, y dar consejos relacionados con los estudios, la orientación profesional, el matrimonio y tantos otros problemas de orden social, decisivos en la vida del individuo y de la familia, y que pueden comprometer los intereses de la colectividad.

El Dispensario de Higiene Mental puede también funcionar, y es de aconsejarse, como anexo a cualquier hospital común, con grandes ventajas para sus fines. De este modo, aumentaría la clientela de aquellos enfermos de la mente que atribuyen sus trastornos a desórdenes viscerales y recurren continuamente a los internistas, y también para vencer a los pacientes que tienen rechazo invencible a los hospitales psiquiátricos.

La organización de la asistencia ha seguido el criterio de la clasificación de enfermos agudos y curables y de crónicos e incurables. Criterio simple que, durante mucho tiempo, privó a los enfermos crónicos de los beneficios de la terapéutica activa, de graves consecuencias, sobre todo para aquellos que sufren enfermedad de larga evolución, pero de pronóstico favorable, y porque, en general, merced a la terapéutica activa, muchos enfermos crónicos pueden volver a la vida social limitada o llevar vida simplemente de familia.

Aunque la asistencia de los crónicos se realiza en colonias generales, y en algunas existe cierta clasificación en diversos pabellones: epilépticos, niños anormales, seniles, dementes precoces, no pueden citarse como modelos ni insinuar su imitación; esas son soluciones de urgencia, y aparentemente económicas, que van convirtiendo estas instituciones en lugares de seguridad, sin mayor importancia médica, en donde los pacientes están abandonados, en donde no es posible asistencia individualizada, tratamiento especial; de ahí la urgente necesidad científica de establecimientos especiales para los diversos grupos: enfermos de pronóstico favorable, pero que necesitan asistencia prolongada; crónicos incurables; niños anormales; alcohólicos; narcómanos; dementes seniles; alienados llamados judiciales, y, en general, difíciles y peligrosos; es decir, hospitales sub-urbanos, colonias, institutos, sanatorios, granjas, que permitan el tratamiento médico especializado y el trata-

miento individual, que deben contar, además, con los medios complementarios que hagan posible el desarrollo en mayor escala que en los hospitales psiquiátricos para agudos—de la laborterapia, de la actividad: talleres, industrias, labores de campo, diversiones, educación física, deportes.

La falta de interés por la vida emocional de los niños, la poca importancia que se daba a los desórdenes del comportamiento, la asistencia tardía, la despreocupación por los débiles, el rechazo social por los inestables, los impulsivos; el desacuerdo que durante mucho tiempo reinó entre médicos y pedagogos, la confusión clínica entre alienados y anormales, que hasta hace poco existió, y el factor económico, detuvieron durante mucho tiempo el movimiento en favor de la infancia mentalmente enferma.

La asistencia de los niños anormales o sub-normales, y de los psicópatas, constituye la base profiláctica de la alienación mental, del crimen, de la dependencia y de la prostitución, y por lo mismo, está ligada a cuestiones médico-sociales, de las que depende el porvenir de la humanidad. Hasta el presente, la acción desarrollada no responde, a menudo, a un plan general coordinado.

La asistencia de los niños anormales deberá ser precoz para obtener los mejores resultados; desgraciadamente, no sucede así, y los pequeños trastornos denunciadores de hechos más graves pasan desapercibidos en la familia y, a veces, en la escuela. La organización médico-escolar no permite hacer, por lo general, el estudio completo, físico y mental, de cada alumno. Si esta labor se realizara de modo sistemático, es evidente que los niños tarados se encontrarían a tiempo con las posibilidades de ser convenientemente asistidos.

A menudo, la educación de los niños anormales se aborda sólo desde el punto de vista pedagógico; se cree que el grado de instrucción escolar es el criterio de adaptación; se olvida que la asistencia no es sólo problema médico-pedagógico, sino también social; por eso deberá ser comprendida en el sentido más amplio, no consistir únicamente en dar conocimientos escolares: su fin principal es adaptar al sujeto al medio en que tiene que vivir; de modo que es indispensable orientar al niño a una ocupación en armonía con sus aptitudes psicofísicas. El principio de la individualidad encuentra siempre su lugar; cada niño debe ser obje-

to de un estudio cuidadoso antes de encaminarlo a determinada profesión.

La experiencia ha demostrado, en los países en donde se encuentra bien organizada la asistencia de los anormales, que un fuerte porcentaje de ellos, 60 a 80%, se restituyen a la sociedad como elementos útiles, y tales resultados se han obtenido porque al régimen médico-pedagógico se ha unido la acción del trabajo adaptada al sujeto en un ambiente de disciplina y educación moral.

Para establecer la asistencia científica, es indispensable fundar instituciones en las que se pueda hacer la clasificación de los grupos, desde los más leves hasta los más graves.

Durante mucho tiempo se creyó que los institutos médico-pedagógicos eran el tipo ideal de asistencia. Nosotros creemos, con la mayoría, que sólo se puede asistir bien estando de acuerdo con la clasificación impuesta por la clínica y las necesidades pedagógicas, y por lo mismo, las instituciones deben ser diferenciadas: organismos de profilaxia y asistencia ambulatoria, secciones especiales anexas a las escuelas comunes, sobre todo en las escuelas al aire libre para los anormales leves y para los falsos anormales, que, bajo un régimen pedagógico apropiado, pueden ser nivelados a los normales medios; escuelas autónomas para los anormales del carácter, educables y no peligrosos (externado, medio pupilaje, talleres); internados-colonias para los anormales que sean ineducables o peligrosos y educables.

La alienación mental en la infancia era negada hasta hace poco o considerada como rara. Existió durante mucho tiempo confusión clínica entre demencia y anormalidad. Todas las enfermedades psíquicas de los niños eran consideradas dentro del grupo de la idiocia o de la imbecilidad. Pero estudios y observaciones posteriores demostraron la existencia de psicosis en la edad infantil, borrando así el límite entre debilidades congénitas y las adquiridas o demencias. La literatura médica registra numerosos casos de alienación mental en la infancia, sobre todo de distimias y de demencias precoces (precocísimas), no diferenciadas, en otra época, de las frenastenias. Este falso concepto detuvo, durante mucho tiempo, la asistencia especializada.

Como se vé, la infancia mentalmente enferma constituye un grupo heterogéneo, de manera que no es posible pensar en la asistencia tipo. Es necesario, en primer lugar, hacer la selección, individualizar cada caso, para poder determinar las necesidades y establecer con criterio científico el tratamiento especial: estudio que sólo es posible realizar

a los médicos especialistas y a los psicólogos especializados.

La selección tiene por fin distinguir a los niños afectados constitucionalmente de orden intelectual y moral o por el ambiente: malos hábitos emocionales adquiridos en la infancia, especialmente en la edad pre-escolar, que los hacen incapaces de adaptarse de modo espontáneo al medio en que deben vivir de ordinario, hacer frente a las situaciones de la vida. El desarrollo de la vida emocional del niño necesita tanto cuidado como el de la vida física e intelectual, y en ese sector debe buscarse la cooperación del maestro, del psicólogo, de los trabajadores sociales y de los padres.

Para asistir bien se requiere conocer perfectamente el caso, es decir, las determinaciones sólo se tomarán previa observación. Esto permitirá hacer, de una parte, el inventario del capital psíquico, su naturaleza moral, la actitud habitual del niño, sus reacciones. Asimismo, se buscará el **substractum** orgánico de las anomalías, a fin de aplicar los remedios médicos e higiénicos apropiados.

El niño problema fué objeto de atención durante años, pero el primer esfuerzo organizado en favor de la orientación de la niñez fué el que iniciara el doctor William Healy, en el Instituto Psicopático Juvenil de Chicago, en 1909. El doctor Healy, psiquiatra de gran prestigio, buscó la cooperación del psicólogo. Más tarde, cuando la Clínica "Judge Baker Foundation" funcionó en la ciudad de Boston, bajo la dirección del mismo, se agregó a su personal de auxiliares, trabajadores sociales.

Mientras tanto, el Hospital Psicopático de Boston había establecido una clínica para niños, cuyo servicio incluía exámenes psiquiátricos, psicológico y social, y en la clínica de Henry Phipps, de Baltimore, se dedicó especial atención al conocimiento del medio social.

De estas fuentes de experimentación e investigación procedió casi todo el personal y métodos de las primeras clínicas para la orientación de la niñez, que después, aunque el progreso ha sido lento, se han extendido por el orbe dando excelentes resultados.

El movimiento de la orientación de la niñez ha seguido el mismo curso que los otros movimientos de Salubridad Pública. Primero, se preocupó de los casos más ostensibles, terminales, evidentemente patológicos, para después ir en busca de los casos ligeros y de aquellos que pasan inadver-

tidos mayormente, y cuya apreciación temprana tiene tanta importancia y su tratamiento tanto éxito.

La narcomania se extendió con caracteres alarmantes, tomando las proporciones de un flagelo para la humanidad, después de la última guerra mundial; su difusión fué tan rápida que encontró a las naciones sin defensa alguna, obligándolas a tomar serias medidas, en razón del considerable consumo de tóxicos, de los desastres sociales que ellos provocan y por las dificultades que se presentan para hacer desaparecer o limitar su uso a las estrictas necesidades terapéuticas.

El narcómano es, por lo regular, un predispuesto, un enfermo mental, que representa un foco que crece y extiende su actividad morbosa para la formación de otros adictos. La mentalidad del individuo domina la historia de su narcomanía; es la que con frecuencia lo arrastra a la droga; es la que rige el desarrollo de su pasión enfermiza. La narcomanía no respeta cultura, ocupación, nacionalidad, sexo, edad, raza, estado civil.

El pronóstico de los narcómanos es muy sombrío, no sólo por el bajísimo porcentaje de curaciones y porque se arraiga, por lo general, en la juventud y aún en la niñez, sino porque transforma al sujeto, haciéndolo un ser peligroso; lo lleva a la degeneración física, moral e intelectual. Por eso, la lucha contra la narcomanía deberá ser intensa, y es indispensable segregar a los adictos como medida terapéutica y profiláctica, porque en los predispuestos, en los débiles de voluntad, en los emotivos, el contagio por el ejemplo es un hecho que favorece la narcomanía.

Hasta el presente, la mayoría de los países han legislado sobre el tóxico, pero con criterio de simple policía, de control aduanero, sin preocuparse por el exceso de estupefacientes y por la asistencia especial del narcómano, el agente más activo de contagio, el mejor cliente del tóxico, el mantenedor del contrabando, que es consecuencia del exceso de tóxicos: porque la producción es muy superior a las necesidades de orden médico. Todavía los intereses comerciales triunfan sobre los dictados de la ciencia, con grave daño de la sociedad.

La asistencia de los narcómanos ha pasado por varios períodos. Durante algún tiempo se creyó que era posible realizarla en los ambulatorios, sistema que fracasó, porque pronto se vió que era excelente método para favorecer la

narcomanía, a veces en espléndidas condiciones, ya que los adictos conseguían la droga en dos o más dispensarios encargados del tratamiento, de dar la ración diaria que cada sujeto necesitaba para la desintoxicación más o menos prolongada.

Después se acostumbró a recibirlos en los hospitales comunes, pero, a medida que los médicos fueron estudiando mejor al narcómano, enfermo difícil, rebelde al tratamiento y a la disciplina, que necesita reclusión prolongada, se fué restringiendo su admisión, siendo entonces atendidos en los hospitales, o en servicios especiales de los mismos establecimientos, o completamente independientes.

En Estados Unidos, en donde la narcomanía está muy difundida, se ha adoptado últimamente el sistema de granjas. La primera que se ha establecido fué la de Lexington, que fué inaugurada el 25 de mayo de 1935; en donde, además de los trabajos a que están dedicados los enfermos con criterio vocacional, se hacen experimentos especiales relacionados con este problema, que se darán a conocer oportunamente. En resumen, las funciones de este instituto serían las de un centro de tratamiento e investigaciones, por un lado, y de un centro educativo, industrial, vocacional y rehabilitador, por otro, a lo cual se agregan ciertas características de custodia de los recluídos. Asimismo, se expresa que, por las funciones que se les encomiendan, estas granjas deben ser consideradas como centros médicos provistos de los diversos medios que exige la ciencia moderna y el tratamiento de enfermos del cuerpo y de la mente.

Estas instituciones constituyen, por su organización material y científica, un aspecto especializado de la evolución asistencial que se trata de perfeccionar en el establecimiento del Fort Worth (Estados Unidos), nueva granja de naturaleza más liberal, que permite una mejor clasificación.

Aunque no siempre es la causa, sino la expresión clínica, entre los factores etiológicos de las afecciones mentales figura el alcoholismo, cuya influencia se hace sentir sobre el individuo y su descendencia, a veces de manera preferente sobre ésta.

Los alcohólicos son sujetos de psicología tan compleja, que pueden formar varios grupos enteramente distintos, pero que deben ser considerados como enfermos de la mente y no como individuos degradados, viciosos, como en épocas pasadas, merecedores de castigo.

La experiencia de tantos años, las estadísticas, dicen de manera elocuente cuánto se puede hacer en favor de los alcohólicos, que es también realizar obra profiláctica y de defensa social.

La reclusión prolongada en establecimientos especiales, de organización material y científica adaptada a las múltiples exigencias que reclama la reforma de estos enfermos, que deben estar sometidos a tratamiento médico, en un ambiente en el que se pueda hacer la reconstrucción de la personalidad; colonias de tratamiento activo, verdaderas escuelas de redención y de trabajo, son absolutamente necesarias.

El alcoholismo, en muchos países, por desgracia, es el problema del día, y no se resolverá solamente asistiendo al alcohólico; la legislación debe atacar el mal y sus consecuencias, y se considera la intervención del Estado en esta lucha como decisiva, si la emprende de manera rigurosa, en que seguramente lastimará tantos intereses, aunque valiosos, nunca comparables al daño social que entraña de manera permanente el alcohol, tan difundido, que cubre todas las capas sociales.

La manera cómo se lleva a cabo la asistencia de los enfermos mentales que hayan cometido crímenes, declarados irresponsables, y de los peligrosos en general, varía según los países; pero el criterio que domina es aquel de no perturbar con esta clase de pacientes el régimen hospitalario, en el cual los enfermos deben gozar de relativa libertad.

Existen grandes establecimientos—"Manicomios Judiciales", pabellones especiales dependientes de hospitales psiquiátricos, y también anexos psiquiátricos en las prisiones, de tantan importancia para la observación y mejor estudio de los detenidos de quienes se puede sospechar su integridad mental. Anexos que vienen dando excelentes resultados, desde el punto de vista de la experiencia médico-legal, así como del diagnóstico de las enfermedades de la mente, de las cuales ciertos condenados son atendidos durante la pena.

Pero, casi todo lo que se ha llevado a cabo en este sector se refiere a la criminalidad; es decir, que sólo se han preocupado del aislamiento del enfermo mental que ha cometido un crimen, que ha tenido que ver con la Justicia, siendo el campo del psiquiatra mucho más extenso, porque no sólo debe preocupar el enfermo que ha cometido un acto delictuoso, sino también la sociedad; es indispensable procurar los medios de defensa social, ya que existen muchos enfermos que, sin haber tenido cuestiones con la Justicia,

están en potencia de peligrosidad, y creemos que el punto es tan interesante que no se podrá hacer obra de previsión en este sentido, mientras no se encuentren los medios de librar a la colectividad de las reacciones peligrosas que puedan presentar los enfermos que viven en completa libertad y que, por lo general, pasan ignorados, y de los que los psiquiatras podrían citar numerosos casos. Es decir, que la peligrosidad no puede ir unida solamente al que haya cometido algún crimen, sino que es algo esencial. Desde el punto de vista teórico, se puede afirmar que todo enfermo de la mente es peligroso, si se piensa que puede realizar actos, no sólo contra su vida y la de sus semejantes, sino también contra los más elementales principios de la moral, de las costumbres establecidas, del orden; pero, desde el punto de vista práctico, el concepto no es tan amplio, porque entonces la peligrosidad depende de las reacciones que pueda presentar y que constituyan peligro para él o para la sociedad; criterio que es, a veces, difícil de formar en la práctica, pero que la observación y el estudio especial que se haga de cada enfermo, llevará a la conclusión del caso, permitiendo llenar las indicaciones aconsejadas por la clínica y la seguridad social, ya que la experiencia ha logrado agrupar a estos enfermos atendiendo a su peligrosidad.

La involución senil determina con cierta frecuencia trastornos patológicos que no permiten la vida familiar y social, y para quienes es necesaria la asistencia fuera de los establecimientos dedicados a enfermos mentales en general. Estos enfermos reciben cuidados, unas veces en hospicios para ancianos, en donde no hay asistencia médica activa, y otra, se les aisla en determinados pabellones de alguna colonia.

Dentro del criterio de asistencia diferenciada se debe considerar a los epilépticos, enfermos con frecuencia muy peligrosos, por lo general de reacciones antisociales, para los cuales la reclusión está indicada en colonias especiales de libertad vigilada y de trabajo, porque la clínica nos enseña que, pasado el acceso—el ataque clásico,—estos pacientes pueden, y deben, vivir separados del resto de los enfermos mentales, porque encierran peligros para estos y para ellos mismos: resentidos, rencorosos, violentos, feroces, prontos a la venganza, sin negar que existe un número apreciable que son tranquilos y afectuosos en demasía, sin

referirnos, por supuesto, a los simples convulsivos o a los epilépticos **privilegiados** que, sin dejar de tener la psicología inconfundible, llegan a ocupar a veces situaciones espectables en las diversas manifestaciones de la actividad humana.

Como la asistencia de los enfermos mentales es un problema médico-social tan complejo, los psiquiatras estudian permanentemente la manera de resolverlo desde el doble punto de vista: de su mayor eficiencia y de su menor costo.

La asistencia familiar de los enfermos crónicos produce los mejores resultados terapéuticos y económicos, pues tiende a restringir la construcción de hospitales o colonias, y responde a preceptos asistenciales de gran importancia. Muchos no benefician del aislamiento prolongado, del ambiente hospitalario, artificial y monótono, y para un número considerable de enfermos es necesaria la vida del hogar.

La asistencia familiar se hace bajo tres formas: colonia libre, colonia anexa y aislamiento individual.

Colonia libre.—Es uno de los más antiguos métodos de asistencia. Es la fe la que le ha dado nacimiento. Nos referimos a la Colonia de Gheel.

En el siglo VI, una princesa llamada Dymphane, hija de un rey de Irlanda, se refugió en Gheel, huyendo de los deseos incestuosos de su padre, quien, persiguiéndola, la descubre y la asesina. La víctima se convierte más tarde en Santa Dymphane y sobre su tumba, según la leyenda, numerosos enfermos mentales encontraban la curación. Considerada como la patrona de estos enfermos en el siglo VII, se levanta una bella iglesia en su honor.

Los enfermos hacían peregrinaciones, muchos sanaban, y aquellos que no recobraban la razón eran cuidados en un lugar anexo a la Iglesia, y después en las casas de los habitantes del lugar. Así, con el correr de los siglos, la costumbre, inspirada por la fe, se transforma poco a poco en institución permanente. Desde 1803, algunos asilos empezaron a enviar los enfermos crónicos; los habitantes, ya familiarizados con éstos, fueron convirtiéndose en enfermeros. Posteriormente, se construyó un hospital para los agudos o agudizados.

La villa de Gheel tiene alrededor de 20,000 habitantes, casi todos dedicados a las faenas rurales, y más o menos 3,000 enfermos mentales que llevan vida familiar como pensionistas de los empleados o huéspedes de los hogares aldeanos, que no podrán recibir más de dos enfermos y del

mismo sexo. El precio de la pensión varía según la clase de paciente y los cuidados que haya que prodigarle.

El sistema de Gheel no es científico; sólo obedece a la tradición; tan profundo es el sentimiento popular sobre sus beneficios, que ha sido respetada por el Gobierno al dictar la legislación sobre alienados, en 1903, que se concretó a consignar algunas disposiciones de simple control sobre la asistencia en Gheel.

La promiscuidad entre enfermos y sanos encierra graves peligros y significa despreocupación por la profilaxia, por el porvenir de la especie.

En 1884, se estableció en Bélgica otra colonia libre en Lierneux, que no ha prosperado como Gheel.

En Francia se hizo el primer ensayo, en Dun-sur-Auron, en 1890, de asistencia social, calcado del sistema de Gheel y Lierneux, pero que no ha dado los resultados que se esperaban. Hay además, en Francia, otras tres colonias no muy distantes de Dun, en Nizerolles-Bussy, Levet y Ainay le Chateau. Como en Gheel y Lierneux, una pequeña enfermería central sirve de filtro y hospital, servicios menos importantes en estas colonias, porque los enfermos vienen, en general, clasificados de los asilos del Sena como crónicos inofensivos.

Colonia anexa.—Este sistema ha sido perfeccionado en Alemania, en donde se ha establecido en gran escala, y se ha adoptado en todos los países de Europa, en Estados Unidos y en la América del Sur: Brasil y Uruguay.

El sistema consiste en hacer de la asistencia familiar una prolongación de la que se da en los establecimientos especiales, bajo el control riguroso de la dirección de los mismos.

Los enfermos, en número de dos y del mismo sexo, y después de seis meses de observación ,son entregados como pensionistas a familias de reconocida moralidad, de preferencia a empleados del establecimiento psiquiátrico al que pertenece el paciente, y que vivan en la vecindad.

Aislamiento individual.—Este procedimiento, llamado también sistema escocés, ha sido puesto en práctica, con relativa frecuencia, en casi todos los países.

Los enfermos son colocados en casas privadas, sea directamente o después de una prolongada estada en algún establecimiento dedicado a la asistencia de enfermos mentales.

En Escocia, país del **open-door**, y que ha seguido inteligentemente el progreso de la Psiquiatría, este sistema de tratamiento en casas privadas ha alcanzado un perfeccio-

namiento tal que, en realidad, tiende a reemplazar a los otros métodos.

De las tres formas de asistencia familiar, es la **colonia anexa** la que produce mejores resultados terapéuticos y económicos.

Un organismo superior médico-jurídico, dependiente del Poder Judicial, encargado del cumplimiento de la ley, de llevar a la práctica los dictados de la legislación pertinente, de cuanto se refiera a la Higiene Mental de un país, es de tal trascendencia que no puede faltar; sin él no sería posible organización alguna, el Consejo de Higiene Mental, que incluye el concepto de asistencia en su sentido más amplio y que, por su poder de fiscalización, permita realizarla libremente, sin expedientes ni certificados médicos, que hoy se exigen para la internación de los enfermos mentales y permita, asimismo, la defensa social.

El certificado médico, en realidad, no tiene importancia científica ni ofrece las garantías necesarias para convertirlo en un procedimiento de seguridad. Se trata, más bien, de un obstáculo a la asistencia oportuna, por la demora que ocasiona y porque las familias se resisten, a menudo, a dar los datos que se deben consignar en estos documentos, que pasan por diversas oficinas administrativas extrañas al secreto profesional: esto es, tratándose de pacientes de mejor cultura, porque, con relación a los enfermos que van a recibir asistencia en el régimen común de los establecimientos psiquiátricos, por lo general, ingresan sin indicación alguna que pueda favorecer su estudio, aclarar su historia clínica, misión esta que desempeña con excelentes resultados el Servicio Social.

El Consejo de Higiene Mental, integrado preferentemente por psiquiatras, juristas y médicos legistas, debe constituir un elemento de garantía moral y científica inseparable del progreso asistencial.

El Instituto de Psiquiatría, que es necesario crear en cada país, estaría encargado de absolver las consultas del

Consejo antes mencionado y del estudio de cuanto se refiera a la Psiquiatría e Higiene Mental.

Para el mejor control de la asistencia, y con el fin de poder llevar a la práctica preceptos de la higiente y profilaxia, se establecerá la declaración obligatoria de los casos de enfermos de la mente al Consejo de Higiene Mental; hecho que no debe sorprender, porque el Estado ha penetrado ya al hogar, reglamentando la asistencia de las enfermedades infecto-contagiosas, sin que eso signifique atentado alguno al secreto profesional ni agresión a la libertad individual.

Se desarrollará el movimiento en favor de las Ligas de Higiene Mental que, además de ejercer actividades en el campo de la higiente y profilaxia, y de interesar al público por medio de la propaganda en favor de los enfermos de la mente, prestan a estos apoyo moral y material en donde se encuentren, ya sea en asistencia domiciliaria, hospitalaria o familiar, reemplazando a los Patronatos de Alienados.

Tal es, a grandes rasgos, la manera cómo debe estar organizada la asistencia de los enfermos mentales, de acuerdo con los consejos de la clínica y las enseñanzas de la Higiene Mental, bajo la vigilancia permanente del Estado. se trate de asistencia pública, privada o domiciliaria.

La asistencia privada se lleva a cabo en clínicas o sanatorios especiales a cargo de psiquiatras; manera de asistir que adopta, por lo general, gente de buena situación económica, y que, en los países en donde existe legislación sobre el particular, está equiparada a la que se presta en los establecimientos públicos. Pero, en los que no tienen leyes especiales, esta categoría de enfermos no tiene mayor control de las autoridades, y entonces los que poseen intereses escapan a la tutela del Estado, que es indispensable ejercer sobre los bienes de las personas incapaces, aunque sea de manera temporal, tanto más necesaria, cuanto se sabe que, a veces, es preciso defender a los enfermos mentales de su propia familia. Todo lo que prueba la inutili-

dad de las disposiciones que rigen los establecimientos públicos para el ingreso de los enfermos y la necesidad urgente de reglamentar, desde el punto de vista médico-psiquiátrico, los establecimientos o sanatorios particulares, a fin de que ofrezcan las garantías que exige la clínica para bien del enfermo y defensa de la sociedad.

Estamos seguros de que la primera objeción a este programa es la referente a la parte económica, el enorme desembolso que traería consigo la creación de tantos establecimientos y la utilización de numeroso personal técnico sin la compensación consiguiente, si aceptamos el criterio del público respecto a la curación de los enfermos mentales.

Si los que se detienen en la parte económica, pensaran en los graves daños financieros que representa la alienación mental en cada país, se interesarían por la labor asistencial y profiláctica, porque los trastornos mentales repercuten hondamente en la producción social.

Si el porcentaje de curaciones no es tan elevado, depende precisamente de la mala organización de la asistencia de los enfermos mentales y de la despreocupación por la profilaxia. Asistencia, por lo general, reducida, a veces centralizada, tardía, en establecimientos hacinados en donde no es posible clasificar ni hacer el tratamiento individual, de personal médico escaso y de personal auxiliar falto de preparación; en fin, en donde no se puede asistir, y es seguro el paso a la cronicidad de muchos enfermos de pronóstico favorable.

La manera de asistir es todavía defectuosa; por lo general, se atiende a los enfermos mentales cuando se encuentran en un peréodo avanzado de su enfermedad, cuando el pronóstico es sombrío y las formalidades de ingreso son de tal naturaleza que alejan a los pequeños mentales, a los lúcidos, a los agudos, casi siempre curables cuando son atendidos oportunamente.

El abandono terapéutico de un enfermo mental lo conduce a la cronicidad y puede dar lugar a perturbaciones de orden social, a reacciones peligrosas para el propio enfermo o para la familia, y por eso, el interés de la sociedad y del enfermo mismo exigen que la asistencia tenga carácter obligatorio, y el Estado debe ejercer la fiscalización de la asistencia en general, estableciendo las normas y procedimientos que sean necesarios para interpretar bien

los dictados de la ciencia y los anhelos de la humanidad.

Se debe dejar libre la elección del lugar de asistencia, siempre que no se oponga a las reacciones del enfermo; lo que permitirá la atención, en mayor escala, ya que muchos permanecen abandonados por una serie de consideraciones: egoísmo, ignorancia, rechazo por el "manicomio".

Los enfermos mentales libres, sea cual fuere su fisonomía clínica, no pueden ser abandonados por el Estado, porque es preciso tomar en cuenta que la cronicidad de un curable, seguramente, elevará la población de los establecimientos psiquiátricos y representará un foco de peligrosidad: reacciones contra la colectividad o contra ellos mismos, además del peligro de aumentar la familia neuropática por la herencia. Los que sufren de enfermedades de la mente son factores de perturbaciones morales, fuentes de sufrimientos, de desavenencias familiares, de fracasos en el orden social; forman un conjunto que constantemente dificulta el curso normal de la colectividad.

Por último, el Estado debe prestar a estos enfermos los cuidados dignos de todo ser humano, como los que presta a otros grupos de enfermos no de mejor pronóstico. Si es verdad que muchas anomalías mentales son incurables, también es cierto que un fuerte porcentaje son curables, y este porcentaje aumentaría con una mejor organización. Así lo comprueba el progreso asistencial habido durante los últimos años.

Otra de las ventajas de un plan científico, sería la generalización de los servicios asistenciales y de profilaxia; su difusión a través de todos los centros poblados, de acuerdo con la densidad de cada lugar, lo que haría posible la asistencia precoz, la higiene y la profilaxia mentales.

BIBLIOGRAFIA

VAN DEVENTER.—Les services ouverts pour les délirants hors l'asile. L'Assistance. Février 1914. Ve. Congrés International de l'Assistance des Aliénés. (Moscou, 8—11 Janvier 1914).

TOULOUSE.—Programa de Higiene Mental.—La Semana Médica.—Buenos Aires.—16 de agosto de 1923.

A. ANTHEAUME.—Les principes généraux qui doivent régir l'assistance des psychopathes. Congrés d'Hygiène Mentale de Paris. L'Encéphale. Juin 1922, Paris.

BAJANOFF.—Project de législation des aliénés en Russie. L'Assistance. Aout 1912.

LOI Itallienne du 14 février 1904 sur les Asiles d'aliénés (manicomi) et sur les aliénes.— Traduite par M. N. Samama. L'Assistance.—Mai 1913. Paris.

REGLEMENT pour l'excution, de la loi du 14 février 1904, N-3, sur les asiles d'aliénés (Manicomi) et sur aliénés, aprouvée par Décret Royal du 16 aout 1909, Nº 615. L'Assistance. Mai 1913. Paris.

JAIME ESCALAS REAL.—La legislación manicomial española en la letra y en la práctica. Mayo y Junio 1927. Archivos de Neurobiología. Madrid.

SANTIN CARLOS ROSSI.—El Alienado y la Sociedad. Asistencia y Legislación.—Boletín de la Asistencia Pública Nacional. Montevideo. Junio de 1914.

DIBIEF.—Le Régime des Aliénés. Paris. 1909.

LOI du 30 Juin 1838 sur les aliénés. Paris.

PACTECT ET COLIN.—Les aliénés dans les prisons. Paris.

ALEXANDRE PARIS.—Leçons de Psychiatrie. Paris. 1909.

EMILIO KRAEPELIN.—Tratado di Psichiatria. Milano.

GUILLERMO A. HAMMOND.—Tratado de la Locura. Madrid. 1888.

MARIE.—Misticismo y Locura. Madrid.

PAUL GARNIER ET PAUL COLOLIAN.—Traité de Thérapeutique. Paris. 1901.

E. ESQUIROL.—Tratado completo de las enagenaciones mentales. Madrid. 1847.

A. CULLERE.—Las fronteras de la locura. Madrid. 1889.

E. REGIS.—Précis de Psychiatrie. Paris. 1914.

JULES DUVAL.—Ghell.—Une colonie d'aliénés. París. 1867.

FELIPE PINEL.—Tratado Médico Filosófico de la enagenación del alma o manía. Madrid. En la Imprenta Real. 1804.

ENRICO MORSELLI.—Manuale di semejotica delle Malatie Mentali. Milano. 1894.

LAIGNEL-LAVASTINE, ANDRE BARBE et DELMAS. La Practique Psychiatrique. Paris. 1919.

CARLOS DE SANTIS.—La asistencia de la infancia anormal y las recientes disposiciones legislativas italianas. Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal. Julio-Agosto 1927. Buenos Aires.

ASOCIACION ESPAÑOLA de Neuropsiquiatras. Reunión Anual. Barcelona, 21, 22 y 23 de junio de 1926.

Archivos de Neurobiología. Septiembre-Diciembre de 1926. Madrid

SEGUNDA REUNION Anual de la Asociación Española de Neuro-psiquiatría. Madrid, 22, 23 y 24 de octubre de 1927.—Archivos de Neurobiología. Enero-Julio 1928. Madrid.

SANTOS RUBIANO.—Estado Actual del Servicio Psiquiátrico en el Ejército Español. Archivos de Neurobiología. Julio-Agosto de 1927. Madrid.

A. TAMBURINI.—L'Assistance des Aliénés de nos jours et dans les divers pays. L'Assistance. Paris. 1913. (Una serie de artículos).

JACOB A. GALDBERG.—Social aspects of the treatment of the insane. New York. 1921.

SMITH ELLY JELLIFFE.—The Technique of Psychoanalisys. New York. 1920.

A. MARIE (DIRECTEUR).—Traité international de Psychologie Pathologique. Paris. 1910.

P. SERIEUX.—L'Assistance des Aliénés (En France, en Allemagne, en Italie et en Suisse). Paris. 1903.

DOMINGO CABRED.—Colonia Nacional de Alienados. Buenos Aires. 1899.

DOMINGO CABRED.—Asilo Colonia Regional de Alienados. Buenos Aires. 1908.

DOMINGO CABRED.—Memorias de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales. Buenos Aires.

JOSE M. SACRISTAN.—Para la reforma de la asistencia de los enfermos mentales en España. Archivos de Neurobiología. Madrid. Marzo de 1921.

GONZALO R. LAFORA.—El atraso de los manicomios españoles. "El Sol". Madrid. Junio 10 de 1919.

EMILIO MIRA LOPEZ.—El funcionamiento del laboratorio de psicología profesional del Instituto de Orientación de Barcelona. Revista de Neurobiología. Madrid, 1920.

FERNANDO BOUFFARD.—L'Assistance aux aliénés dans leur convalescence. 1906. Paris.

HENRIQUE ROXO.—Manual de Psychiatría. Río de Janeiro. 1921.

TEIXEIRA BRANDAO.—Elementos Fundamentaes de Psychiatría Clínica e Forense. Río de Janeiro. 1918.

M. DIDE Y P. GUIRAUD.—Psychiatrie du Médecin Practicien. Paris. 1922.

EDWARD J. KEMPF.—Psychopathology. St. Louis. 1920.

E. BLEULER.—Tratado de Psiquiatría. Madrid. 1924.

R. VON KRAFFT-EBING.—Médecine Légale des Aliénés. Edition française. Paris. 1911.
L. THOINOT.—Tratado de Medicina Legal. Barcelona. 1923.
CH. VIBERT.—Manual de Medicina Legal y Toxicología. Barcelona.
ALFRED BINET et TH. SIMON.—Les enfants anormaux. Paris. 1907.
JEAN PHILLIPE et PAUL BONCOUR.—Les anomalies mentales chez les écoliers. Paris. 1913.
ACTAS de la Primera Conferencia Latino-Americana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal. 14-17 de Noviembre 1928. Buenos Aires. 1929.
CARLOS OCTAVIO BUNGE.—La Educación. Educación de los degenerados. Teoría de la Educación. Madrid. 1903.
G. L. DUPRAT.—Les causes sociales de la folie. Paris. 1900.
ALFREDO BINET.—Las ideas modernas acerca de los niños. Madrid. 1913.
F. RAYMOND et PIERRE JANET.—Névroses et idées fixes. Paris. 1908.
P. SECCELLE et A. DEKOCK.—L'Education des Enfants Anormaux et Arrierés. Paris. 1920.
J. ROUBINOVICHT.—Aliénés et Anormaux. Paris. 1910.
P. SOLLIER.—La Psychologie de l'Idiot et de l'Imbécile. Paris. 1901.
D. VLADOFF.—L'homicide en pathologie mentale. Paris. 1911.
R. BENON.—L'Alcoolisme Cerebral. Paris. 1924.
JUAN R. BELTRAN.—Factores sociales de la delincuencia. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Enero-Febrero 1922.
ARTURO AMEGHINO.—Datos para la profilaxis mental en la República Argentina. Buenos Aires. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Marzo-Abril. 1923.
AUGUSTO VIDAL PERERA.—Compendio de Psiquiatría Infantil. Madrid. 1919.
E. KRAEPELIN.—La Psicología del Alcohol. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Marzo-Abril de 1917.
CH. JACOB.—Problemas actuales de psiquiatría general. Buenos Aires. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Enero-Febrero. 1917.
JOSE INGENIEROS.—Los asilos para alienados en la

Argentina. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Marzo-Abril. 1920.

GREGORIO BERMANN.—Las reacciones antisociales de los alcoholistas. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Marzo-Abril. 1921.

NOE ACEVEDO.—La criminalidad moderna y la delincuencia precoz. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Marzo-Abril. 1921.

EMILIO CATALAN.—Un proyecto de ley argentina sobre reformatorios para alcoholistas. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Enero-Febrero. 1923.

VERMEYLEN.—El examen mental de los delincuentes. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Enero-Febrero. 1923.

JULIANO MOREYRA.—Directivas de Higiene Mental. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Noviembre-Diciembre. 1923.

LANFRANCO CIAMPI.—La asistencia de los menores. —Consideraciones médico-pedagógicas. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Julio-Agosto de 1920.

HELVIO FERNANDEZ.—Los anormales psíquicos en las prisiones. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Marzo-Abril. 1920.

NERIO ROJAS.—Proyecto de legislación sobre alienados, toxicómanos y pródigos. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Marzo-Abril, 1924.

LANFRANCO CIAMPI.—La asistencia de los enfermos mentales según los criterios reformadores modernos. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Julio-Agosto. 1922.

S. VERVAECK.—La defensa social contra el peligro tóxico. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Julio-Agosto. 1922.

HEGER-GILBERT y S. VERVAECK.—Anexos psiquiátricos y secciones terapéuticas especiales en las prisiones para anormales mentales. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Noviembre-Diciembre. 1920.

S. FREUD.—Obras completas. Traducidas del alemán por Luis López Ballesteros y de Torres.

JOSE INGENIEROS.—La locura en la Argentina. Buenos Aires. 1920.

DR. RENE SEMELAIGNE.—Les Grands Alienistes Français. Paris. 1894.

DR. RENE SEMELAIGNE.—Alieniste et Philanthropes. Les Pinel et les Tuke. Paris. 1912.
G. HENRY.—Le Développement des soins aux aliénés et du traitement des malades mentales aux Etats-Unis. Paris. 1930.
PROCEEDINGS OF THE First International Congress of Mental Hygiene. New York. 1932.
EL CENTENARIO de Pinel, el Bienhechor de los alienados. Revista Médica de Barcelona. Barcelona. Marzo. 1927.
GEORGE HENRY.—Essentials of Psychiatry. Baltimore. 1933.
CLIFFORD WHITTINGHAM BEERS.—A Mind That Found Itself. An Autobiography. New York. 1932.
DRS. ANGEL GUSTAVO CORNEJO, SEBASTIAN LORENTE y BALTAZAR CARAVEDO.—Legislación sobre asistencia de los alienados y de los toxicómanos. Lima. 1928.
DR. ANTONIO SICCO.—Imperfecciones del sistema actual de la asistencia de los alienados en nuestro país. Congreso Médico del Centenario. Tomo Segundo. Montevideo. 1930.
DRS. SANTIN C. ROSSI, ABEL ZAMORA y CAMILO PAYSSE.—Bases Médicas para una Legislación de Alienados y Toxicómanos. Congreso Médico del Centenario. Tomo Segundo. Montevideo. 1930.
ADOLFO M. SIERRA.—Problemas médicos actuales sobre tratamiento, profilaxis y eugenesis mentales. Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal. Enero-Febrero de 1930. Buenos Rires.
VERVAECK.—Las ventajas de los anexos psiquiátricos en las prisiones desde el punto de vista penal y penitenciario. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Mayo-Junio. 1927.
GREGORIO BERMANN.—Organización de la asistencia psiquiátrica e higiene mental en la República Argentina. Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal. Noviembre-Diciembre. 1930.
DR. W. L. TREADWAY. (Sub-Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos).—La Granja para Narcómanos de Lexington. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington. D. C. E. U. A. Enero 1936.
HENDERSON & GILLESPIE.—A Tex-Book of Psychiatry. Oxford Medical Publications. 1930.
W. M. VAN DER SCHEER et W. HEMMES.—Les Ten-

dances Actuelles de la Psychiatrie en Hollande. Annales Médico-Psychologiques. XVe. Série, 94e. Annés. T. I. Avril 1936. Paris.

IIIe. REUNION EUROPEENNE D'HYGIENE MENTALE.—Bruxelles (20-21 juillet 1935). Président: M. Ernest De Graene. Annales Médico-Psychologiques. XVe. Série, 93e. Année, T. II. Octobre 1935. Paris.

C. VERMEYLEN.—Les Tendances Actuelles de la Psychiatrie en Belgique. Annales Médico-Psychologiques. XVe. Série, 94e. Annés, T. I. Mars. 1936. Paris.

ANNAES DA COLONIA DE PSYCHOPATAS.—Engenho De Dentro. Río Janeiro. Brasil. 1928. Director: Gustavo Riedel.

DR. A. C. PACHECO E. SILVA. (Director Do Hospital De Juquery). A Assistencia A Alienados Nos Estados Unidos E Na Europa. São Paulo. Brasil. 1926.

ENRIQUE ROXO.—Terapéutica moderna de enfermedades mentales. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires. Noviembre-Diciembre. 1932.

DRS. J. RAYNIER et H. BEAUDOUIN.—L'Aliéné et Les Asiles d'Aliénés. Assistance—Legislation—Médecine Legale. Paris. 1930.

A. RODIET et G. HEUYER.—La Folie Au XXe. Siécle. Etude Médico-Sociale. Paris. 1931.

A. SALUSBURY MAC. NALTY.—The Organization and Correlations of Mental Health Services in Local Areas. Mental Hygiene. London. April. 1936.

TRAINING OF THE NEUROLOGIST AND THE PSYCHIATRIST.—Publicado por Salmon Committee for Psychiatry and Mental Hygiene. "The Archives of Neurology and Psychiatry" (1933-1934). New York.

DRS. HENRI BOUYER et MARTIN SISTERON.—L' Hygiene Mentale et Nerveuse Individuelle. Paris. 1926.

PREMIER CONGRES INTERNATIONAL DES HOPITAUX.—Atlantic City. 13-15 Juin 1929. Paris. 1930.

KARL HAEBERLIN.—Fundamentos del Psicoanálisis. Revista de Occidente. Madrid. 1928.

C. G. JUNG.—Lo Inconsciente. Revista de Occidente. Madrid. 1927.

ERICH STERN.—Anormalidades Mentales y Educabilidad Difícil de Niños y Jóvenes. Editorial Labor, S. A. Barcelona-Buenos Aires. 1933.

PROF. DR. A. C. PACHECO E. SILVA.—O Monicomio Judiciario Do Estado de Sao Paulo. Revista de Psi-

quiatría y Criminología. Año I. Nº 4. Buenos Aires. Julio-Agosto 1936.

DR. ALFRED ADLER.—El Sentido de la Vida. Barcelona. 1935.

DR. ALFRED ADLER.—Conocimiento del Hombre. Madrid. 1931.

A. REPOND.—Les Tendances Actuelles de la Psychiatrie en Suisse. Annales Médico-Psychologiques. XVe. Série. 94e. Année, T. I. Mai 1936. Paris.

ROGER DUPOUY.—Les Aliénés en liberté. Annales Médico-Psychologiques. XVe. Série, 93e. Année, T. II. Juin 1935. Paris.

G. SALOM.—Esperienze sul funzionamento di un Reparto neuro-psichiatrico aperto. Atti Della Liga Italiana Di Igiene E Profilessi Mentale. Firenze 1936.

PAUL JABOUILLE.—La Thérapeutique des Maladies Mentales et Nerveuses Dans Les Asiles Publics D'Aliénés. Paris. 1910.

SEBASTIAN LORENTE y BALTAZAR CARAVEDO. —Bases Fundamentales para la Organización de la Defensa Social contra la Toxicomanía. Ponencia Oficial a la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Voto de la Conferencia (Lima. 1927).

BALTAZAR CARAVEDO.—Asistencia de Anormales y Psicópatas. Tema oficial presentado al VI Congreso Panamericano del Niño. Voto del Congreso. (Lima, 1930).

BALTAZAR CARAVEDO.—Algunos Datos Sobre Higiene Mental en el Perú. Magdalena del Mar. 1936.

BALTAZAR CARAVEDO.—Vigésimo-Quinto Aniversario de la Iniciación del Movimiento de Higiene Mental.— Clifford Wittingham Beers, su libro y su obra.—"Boletín de Higiene Mental". Año II. Nº 8. Magdalena del Mar. Septiembre de 1933.

BALTAZAR CARAVEDO.—El Acta de Tratamiento Mental de 1930 (de Inglaterra). Boletín de Higiene Mental. Año II. Nº 8. Magdalena del Mar. Septiembre de 1933.

Prof. Antonio Sicco

Profesor agregado de Psiquiatría.
Médico del Hospital Vilardebó

Imperfecciones del sistema actual de la asistencia de alienados en nuestro país

Tres Explicaciones Previas

Antes de ponerme en camino, creo conveniente establecer algunas precisiones. La primera se refiere al título de esta ponencia: Imperfecciones de la asistencia de alienados... Encuentro que hubiera sido más exacto decir asistencia de psicópatas. En efecto, psicopatía es etimológicamente enfermedad mental. Es también la amplia acepción que le dan amenudo los psiquiatras latinos y norteamericanos. En cambio, alienación no es propiamente un término médico; es la denominación de ciertos trastornos graves de la personalidad en relación con la capacidad civil y la responsabilidad penal. Es como se ve, un término jurídico que puede ser adecuado para la primera ponencia de la Sociedad de Psiquiatría, pero que no es acertado para la presente.

En su gran amplitud, el título de esta comunicación, me obligaría a considerar la totalidad de la asistencia psiquiátrica: la privada y la oficial, la del consultorio, la de los sanatorios y la de los hospitales. Pero, aunque habría mucho que decir sobre la asistencia privada, que viciada por intereses de lucro, es en algunos de sus aspectos, muy inferior a la asistencia oficial, me concretaré solamente a esta última, porque es la única sobre la cual las conclusiones de este Congreso pueden tener real eficiencia.

La imperfección de la asistencia oficial puede encararse desde distintos puntos de vista. Ella está en relación con el

personal médico y de enfermos, con las técnicas que utilizan, con el local y los medios de que disponen. Todos estos factores contribuyen, en mayor o menor grado, a disminuir la eficacia de la asistencia psiquiátrica; y sería de elemental equidad, establecer la parte de cada uno de ellos. Pero, debiendo ser breve en esta exposición, no voy a referirme ni al personal ni a la técnica. Me reduciré al estudio, podría decirse anatómico, del sistema de asistencia mental y al de cada uno de sus órganos; trataré luego de proyectar nuestro sistema sobre el plano ideal de la asistencia psiquiátrica contemporánea para poner bien de relieve sus faltas y para señalar el camino de su perfeccionamiento.

Es pues, con las limitaciones que dejo establecidas, que estudiaré, en las páginas que siguen, el sistema de asistencia de los psicópatas en nuestro país.

CONSIDERACIONES GENERALES

El panorama de la asistencia psiquiátrica.

Las enfermedades mentales se producen en el seno de la sociedad, traídas por la colaboración de causas lejanas, que actúan a traves de la herencia, y de causas presentes, procesos tóxicos o infecciosos, conflictos morales, fatiga, etc. Prevenir estas enfermedades, combatir sus causas, es la misión esencial de los comités de higiene mental. Cuando la enfermedad llega se presenta unas veces como una leve desarmonía del espíritu. Es una hiperestesia emotiva, una alteración del humor una trasformación de los sentimientos. Este "petit mental" continúa viviendo en la sociedad y se asiste en los dispensarios psiquiátricos. Pero otras veces el enfermo desborda de una manera flagrante el cauce de las conveniencias sociales y es entonces generalmente recluído en el hospital psiquiátrico. En este establecimiento que debe estar perfectamente "outille" para el diagnóstico mental y para el tratamiento de los procesos agudos, el enfermo cura y es devuelto como un miembro útil a la sociedad o no cura y es enviado, las más de las veces como un mutilado, a los establecimientos de asistencia especializada para crónicos.

Esta esquemática visión de conjunto, revela que la lucha contra las enfermedades mentales se realiza en un vasto escenario; en el seno mismo de la sociedad, en el hospital psiquiátrico y en los asilos y colonias. Hay tres etapas en esta lucha: la asistencia de la pequeña patología en el dispensario, el tratamiento del proceso agudo e intenso en el hospital, la reeducación de los crónicos en los establecimientos especializados. Estos son los tres actos más importantes de

un sistema de asistencia. El primero, la asistencia social por el dispensario es una creación moderna. Los otros dos son transformaciones, en los edificios y en los métodos, de una antigua asistencia.

El plan de asistencia

Hasta no hace muchos años, en su última etapa evolutiva, el desideratum de la asistencia psiquiátrica podía sintetizarse en esta fórmula, cuyo origen está en GRIESINGER: El hospital urbano para la asistencia de enfermos agudos; la colonia para la asistencia de los crónicos aptos para el trabajo; el asilo para los crónicos no colonizables" (alienados peligrosos; seniles, inválidos, etc.). Hoy esta fórmula no satisface todas las aspiraciones y se tiende a sustituírla por otra: El dispensario para la asistencia del enfermo en la sociedad; el hospital psiquiátrico para tratar activa e intensamente a los agudos; los institutos especializados para la asistencia de las enfermedades crónicas.

Tres principios rigen el plan de la asistencia psiquiátrica, tres condiciones que se han de satisfacer en todos los enfermos si se quiere conseguir una asistencia realmente eficaz. Debe ser precoz — debe ser activa e intensa — debe ser especializada. En tres momentos distintos, cada uno de estos principios alcanza su máximo de aplicación. Debe asistirse precozmente, cuando todavía el enfermo se halla en la sociedad: es la función del dispensario psiquiátrico. Se le debe tratar intensa y activamente en el período agudo de la enfermedad: es la acción del hospital psiquiátrico. Debe haber una asistencia especial para cada enfermedad crónica: es el cometido de los diversos institutos para débiles mentales, para dementes precoces, etc.

Sobre este plan dispondré este dictamen; el primer capítulo dedicado a la asistencia externa, el segundo a la asistencia de agudos y el tercero a la de los crónicos. Estudiaré cada uno de los órganos de asistencia, describiendo lo que poseemos, revelando lo que nos falta y esforzándome por encontrar la mejor solución del problema de nuestra asistencia psiquiátrica.

ASISTENCIA EXTERNA

Tres son sus principales funciones:

I.—Tratar todos los estados de la pequeña patología mental. Asténicos, ansiosos, emotivos, deprimidos. Todas las múltiples variedades de "petits mentaux", clientes asíduos

de los consultorios médicos. Los epilépticos sin importante participación mental. Los estados chicos de la psicosis maniaco-depresiva. Las formas ligeras de los episodios psicopáticos de los débiles mentales. Los trastornos del carácter en la senilidad. Las formas leves de la confusión mental, etc.

II.—Trata también las formas iniciales de grandes enfermedades mentales, antes de su ingreso al hospital. Estados de comienzo de la parálisis general, de la demencia precoz, de la confusión mental, etc., etc. Y los enfermos salidos del hospital. Convalescientes, en prueba, en asistencia familiar, etc., etc.

III.—Por último, debe realizar una misión profiláctica. Debe descubrir los predispuestos y preservarlos contra la enfermedad; proteger a los que presentan una constitución psicopática y, en general, a todos los que recibieron una herencia mórbida. Buscarlos en las familias de los alienados, despistarlos en el período escolar. Ganarse en esta pesquisa la colaboración del público, divulgando las nociones de higiene mental.

En suma, la asistencia externa puede sintetizarse en: I. Asistencia de los pequeños mentales. II. Asistencia de enfermos propios del hospital psiquiátrico, pero tomados antes de su ingreso, en el período inicial de la enfermedad, o, después del alta, convalecientes, en prueba, en asistencia familiar, etc. III. Preservación de los predispuestos. Esta triple función se realiza por tres organismos solidarizados: A. El dispensario de psiquiatría. B. El servicio social psiquiátrico. C. El patronato del psicópata.

La Policlínica Psiquiátrica del Vilardebó

La asistencia externa es entre nosotros la forma más raquítica de asistencia. La mayoría de los enfermos agudos, bien que mal, se asisten en el Vilardebó, donde la familia se resigna a llevarlos en los casos extremos, cuando ya no puede más conservarlos en casa. En cambio, gran parte de los pequeños mentales, no llegan a la policlínica psiquiátrica, que es en la actualidad todo el organismo de la asistencia externa. (No me refiero aquí a la asistencia familiar de la que me ocuparé al tratar de los crónicos). La consultación del Vilardebó funciona una hora en los días hábiles, atendida una vez por semana, por los médicos internos del hospital.

Dispensarios Psiquiátricos

Esta policlínica trata ex-asilados y algunos enfermos que a pesar de los prejuicios, llegan hasta el hospital en busca de asistencia. Aumentaría mucho su clientela, si funcionara en los hospitales generales, junto a las policlínicas médicas. Esta vecindad es importante porque hay muchos "petits mentaux" hipocondríacos o nosofóbicos que parasitan las consultas del internista. Rara vez el enfermo va de buena voluntad al psiquiatra. Generalmente, cuando tiene conciencia de su enfermedad, la atribuye a un mal funcionamiento de sus vísceras; y recurre al médico general. Por otra parte el Vilardebó sufre de la mala reputación de todos los manicomios.

Se ganaría mucho en el rendimiento de estas policlínicas, en el número de enfermos y lo que es más importante, en la precocidad del tratamiento, trasladándolas a los hospitales generales (Marciel, Pasteur y Pereyra-Rosell). En su nuevo local y transformadas en dispensarios por el complemento del servicio social, serían más eficaces. Habría conveniencia en que continuaran dirigidas por los médicos del Vilardebó.

La policlínica del Pereira Rosell se ocuparía de psiquiatría infantil. Es la primera de las especializaciones psiquiátricas; aquella cuya necesidad es más sensible. En el futuro, estos dispensarios de psiquiatría general se desmembrarían según especialidades en consultorios para epilépticos, alcoholistas, psico-neurosis, neuro-sífilis, etc. Tal como lo realizó el Dr. TOULOUSE en el hospital Henri Rouselle. En este dispensario, el enfermo nuevo pasa primero por la consultación general o de triage, y de allí es dirigido a una de las diversas policlínicas especializadas en: I. Estados delirantes. II. Niños retardados y anormales. III. Examen psiquiátrico de los escolares. IV. Epilépticos. V. Alcoholistas. VI. Psicosis de guerra. VII. Neurología. VIII. Psicoterapia. IX. Fisioterapia. Todavía hay en el mismo hospital consultorios de medicina, cirujía y de diversas especialidades.

Servicio Social Psiquiátrico

Aún cuando no se halla aquí muy difundido, es, sin embargo bien conocido por los médicos, el servicio de visitadoras sociales. Esto me ahorra el entrar en detalles sobre el origen, el desarrollo y el funcionamiento del gigantesco "Social Service" de Estados Unidos, y me permite tratar directamente su aplicación a la psiquiatría.

Probablemente es la psiquiatría la especialidad de medicina que más necesita del servicio social. Porque las enfermedades mentales, más que ninguna otra, son favorecidas en su producción y en su desarrollo por el medio social. Esta participación del entourage en las enfermedades, hace que sea muy importante el conocimiento del medio familiar para poder apreciar justamente el valor de un síntoma, establecer un diagnóstico y dar oportunas indicaciones terapéuticas.

Las enfermedades mentales son, por sus manifestaciones, anomalías del comportamiento. Por este aspecto exterior, pueden considerarse como enfermedades de la vida social, de las relaciones del sujeto y su medio. El ambiente obra contínuamente sobre el enfermo. A menudo se encuentra su participación en el origen de la enfermedad y en su evolución; de tal modo que, en esos casos puede decirse que la enfermedad es un producto del sujeto y el medio. Por eso, en algunos casos no puede llegarse a un buen diagnóstico individual sin conocer el ambiente en que la enfermedad nació. Ni establecer una terapéutica apropiada si a la vez que se trata al enfermo, no se modifica el entourage.

De aquí, la extraordinaria importancia que tiene el servicio social psiquiátrico para el diagnóstico y el tratamiento de los enfermos del dispensario. Su cometido es recoger todos los datos que comprenden la historia social del enfermo, y que preceden la historia médica. Actuar sobre la familia, los compañeros y los amigos del enfermo, tratando de crear un ambiente favorable para la mejoría. Controlar el cumplimiento de las prescripciones médicas y la marcha de la enfermedad; puede así en algunos casos denunciar la necesidad de un internamiento de urgencia.

El servicio social psiquiátrico constituye un organismo importante dirigido a menudo por un médico, y constituído por un número variable de "social worker". No trabaja solamente con los dispensarios; todas las formas de la asistencia psiquiátrica utilizan sus servicios (hospitales, asilos, institutos, "child guidance", clínicas, etc.). Y cada una de estas variedades, constituye una especialización de la actividad de la "psychiatric social worker".

En el hospital psiquiátrico su rol es múltiple. Al ingreso del enfermo preparar la historia social. Durante la estadía, ocuparse de las relaciones con la familia y luego preparar la salida. Antes del alta, buscarle alojamiento y después del alta, trabajo, etc. En los grandes hospitales, el personal del servicio social, está especializado en cada una de estas funciones. Así hay diversas clases de "social case worker" según que se dedique al cuidado del enfermo en el hospital

(ward social worker) o de su colocación fuera (boarding out morker) o de su trabajo (employment worker), etc.

Patronato de Psicópatas

Ya están un poco pasadas de moda, aunque todavía no llegaron al Uruguay, las instituciones de beneficiencia como la "Hilfsvereine für Psychischekranke" de Alemania, la "After care Association" de Estados Unidos y el "Patronato degli pazzi" de Italia, destinadas a proteger al alienado y a su familia.

Cada vez más son sustituídas por la protección de la ley y especialmente por el servicio social. Yo creo, sin embargo, que hay ventaja en encauzar las fuerzas generosas de la sociedad para beneficio del psicópata que se halla entre nosotros tan desamparado.

Las antiguas sociedades de beneficiencia, en su nueva forma de instituciones médico-sociales, sometidas a la influencia médica y organizadas para ser un complemento de la asistencia, pueden proteger eficientemente a los psicópatas y sus familias. Actualmente la sociedad suele dilapidar en motivos banales sus fuerzas caritativas. Hay que darle la oportunidad y enseñarle el arte de hacer el bien. Es necesario que alguien vele por los hijos del alienado, proteja ai convalesciente, prepare su reingreso a la sociedad, le busque habitación, le procure trabajo, etc. Nadie mejor dotado para hacerlo que las personas virtuosas, que por su posición privilegiada, son las que gozan de mayores prestigios y disponen de más grandes recursos.

La Liga de Higiene Mental y la A. P. N. deben procurar la creación de estas obras médico-sociales.

ASISTENCIA DE AGUDOS

Como en toda la patología, en la mental, hay afecciones agudas y crónicas; y como en toda la medicina, en psiquiatría, las afecciones agudas curan frecuentemente pero exigen siempre una asistencia cuidadosa para evitar que evolucionen hacia la cronicidad o la muerte.

En un período breve, que a veces sólo dura días o semanas, se juega la vida o el porvenir mental del enfermo. Hay que concentrar para esos momentos decisivos todos los recursos de la terapéutica psiquiátrica en un hospital de agudos, organismo ágil, perfectamente armado para el diagnóstico profundo y el tratamiento activo de las enfermedades mentales: el Hospital Psiquiátrico.

El Vilardebó

"Mit den jetzigen offentlichen Irrenheil und Pflegeanstalten allein ist fur die Zukunft nicht mehr aus und durchzukommen".

DAMEROW (1).

Los enfermos agudos son actualmente recluídos en el Vilardebó, antiguo establecimiento de asistencia, que debería llenar las funciones del hospital psiquiátrico y del asilo.

Es un viejo hospital, construído al estilo "colonial" o tropical, con patios enormes y numerosas ventanas. Durante el invierno, en sus vastas salas embaldosadas y húmedas, los enfermos, sin ninguna calefacción que los proteja, se hielan de frío y por cualquier debilitamiento hacen complicaciones pulmonares, de las que a veces mueren. En sus sótanos insalubres, bajos, obscuros, húmedos, están alojados cientos de enfermos, y con ellos, un grupo de niños. Tiene el edificio, anexado un pabellón de madera, el pabellón Esquirol, que desde hace años se está cayendo a pedazos; sólo con gran perseverancia y consagración, a fuerza de remiendos casi diarios, se ha conseguido realizar el milagro de mantenerlo en pie para que siga sirviendo de vivienda hedionda y malsana a numerosas enfermas.

Este edificio que no satisface ya, ni las exigencias mínimas de la higiente hospitalaria, es también desde hace tiempo, inapropiado para la terapéutica psiquiátrica. A pesar de los encomiables esfuerzos de su Director, no ha podido adaptarse a las tendencias modernas de medicina mental. El manicomio sigue padeciendo del pecado original de su construcción: Fué concebido y planeado como un "depósito de locos"; dormitorios inmensos, patios enrejados como grandes jaulas, pesadas puertas de hierro, cuadros de celdas lóbregas, húmedas y frías. Y todavía, en este viejo manicomio, vive la psiquiatría del siglo pasado; la tradición conserva, como en una urna, en su primitivo molde arquitectónico, los antiguos sistemas terapéuticos.

A él puede muy bien aplicarse la frase de **Damerow**; nada del viejo asilo puede utilizarse para el futuro hospital.

(1) Esta famosa frase, no es de Griesinger, como se dice generalmente, sino de Damerow. Tuve esta sorpresa cuando leí a Griesinger en el original. "Gesammelte Abhandlungen. Berlín, 1872. Lo que ha sucedido es que el autor cita la frase de Damerow, en el siguiente párrafo: Man beachte doch, was vor wenigen Yahren ein Mann der fur den grossten Theil der Gegner der Reform eine Autoritat ist, Damerow (Zeitschr. f. Psych. XIX. 1862. S. 187) sagte!... y sigue la frase de Damerow. (Uber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung). Y lo más interesante es que Griesinger no está completamente de acuerdo con esta idea.

Y si no puede pensarse en destruirlo, y debemos sufrirlo, como la fatalidad de una herencia mórbida, hay que salvar el porvenir de la psiquiatría entre nosotros, construyendo lejos del Vilardebó, para que no se contamine de sus defectos y de sus vicios, el nuevo hospital psiquiátrico, acogedor y cálido, bello y sencillo, amigable y científico. "El será la personificación de la actitud moderna hacia las enfermedades mentales, él sugerirá esta actitud, así en el lego como en el médico. El destruirá los restos de una tradición que nos viene de la Edad Media e inspirará en el pueblo un gesto bienhechor y racional con las enfermedades mentales. De esta manera, el más importante de los sermones laicos se escribirá con las piedras mismas del Hospital Psiquiátrico". **(Macfie Campbell).**

La Arquitectura y la Asistencia Psiquiátrica

«Un hopital est une machine a soigner des malades»

LEROY.

En el hospital psiquiátrico, los principios terapéuticos rigen la forma del edificio y están en cierto modo representados por la disposición arquitectónica.

Por el contrario, en los hospitales generales, los progresos terapéuticos se marcan principalmente por el descubrimiento de una nueva medicación química o biológica. Es un producto nuevo, venido de la farmacia o el laboratorio, que no cambia fundamentalmente nada el régimen higiénico del enfermo, que continúa siendo el mismo. Al médico le basta con una nueva receta para ponerse al día en el tratamiento de una enfermedad.

No sucede lo mismo en los hospitales psiquiátricos porque en ellos el tratamiento se hace principalmente por medios físicos e higiénicos. El pasaje del enclaustramiento al opendoor, de la clinoterapia a la laborterapia, de la garderie al hospital moderno, exigió para su realización la transformación de los edificios. Cada nuevo régimen comporta una nueva disposición arquitectónica.

Es esta substanciación de los principios terapéuticos en las construcciones hospitalarias una peculiaridad de la asistencia de los enfermos mentales. Por eso la moderna psiquiatría no puede vivir en los viejos manicomios, como el nuestro, con sus largos dormitorios de cuarteles, con el hacinamiento de sus "cuadros bajos" y sus secciones horribles de "cuartos fuertes", celdas de enfermos, cruel escarnio de la asistencia médica y de todo sentimiento humani-

tario. Por eso debemos construír el Hospital Psiquiátrico. Tendremos así algo más que un nuevo edificio, tendremos un nuevo sistema terapéutico.

El Hospital en la asistencia psiquiátrica

Como hemos visto, en una visión panorámica, la lucha contra las enfermedades mentales se realiza en un vasto escenario. En el seno mismo de la sociedad, en el hospital psiquiátrico, y en los asilos y colonias. Hay tres etapas en esta lucha, pero es en el hospital psiquiátrico donde se da la batalla decisiva. Allí se resuelve si el enfermo cura, (y es reintegrado a la sociedad como un valor útil) o si debe pasar, como crónico, a la colonia.

El hospital psiquiátrico es el órgano principal donde radica el núcleo de acción contra las enfermedades mentales. En una perspectiva general, las obras sociales que lo preceden y los asilos y colonias que lo siguen, son anexos que lo secundan, prolongando o continuando una acción que en su parte esencial, es ejecutada por el hospital mismo.

Por eso siempre que se piense en organizar la asistencia y la profilaxia de las enfermedades mentales, se debe comenzar por darle un cuerpo, construyendo un hospital psiquiátrico. A él se articularán los mecanismos accesorios (dispensarios, asilos, colonias) como miembros que prolonguen su radio de acción. En el centro el hospital será el fuerte principal que defiende el porvenir mental de la raza.

El concepto del Hospital Psiquiátrico

Para realizar tan importante misión, el hospital psiquiátrico debe ser un hospital modelo especialmente construído y organizado para el tratamiento de los procesos mentales agudos. Dotado de todos los recursos necesarios para poder llegar a un diagnóstico preciso y capacitado para realizar los tratamientos especiales de la moderna terapéutica psiquiátrica. Construído expresamente como una herramienta que ha de aplicarse a la asistencia de las enfermedades mentales en el período más activo de su evolución. Hospital moderno planeado según las exigencias de la higiene hospitalaria y de la asistencia psiquiátrica. Hospital confortable sin rejas ni muros, proporcionado, amplio, bello.

Perfectamente armado para el diagnóstico fino, disponiendo de laboratorios capacitados para satisfacer todas las exigencias de la investigación científica en psicología, anatomía patológica, bioquímica, fisiología, hematología, serología, bacteriología, electrología, rayos X, etc.

Pero no sólo, anatómicamente, por su construcción y sus instalaciones debe ser un hospital modelo, debe serlo también, fisiológicamente, por la organización de su funcionamiento, por el orden de su actividad, por la preparación de su personal médico y enfermeros. Por estar animado de espíritu científico y de entusiasmo en el tratamiento de las enfermedades mentales.

Psiquiátrico o Picopático

Estas son las grandes líneas de la concepción del hospital psiquiátrico.

Cuando se abandona esta visión de conjunto y se estudian detenidamente cada una de las características del hospital, se advierte que tanto los modelos realizados, como los autores que se han ocupado de este asunto, están lejos de concordar en los detalles.

Estas discordancias comienzan ya en el nombre. En Francia se le llama "Hopital Psychiatrique" y en Estados Unidos "Psychopathic Hospital". Es esta última una denominación de origen americano y hasta se cree conocer el descubridor: "It is possible that we should ascribe the term to the late Pliny Earle, of Northamton..." (**Southard.** The Functions of a Psychopathic Hospital).

¿Psicopático o Psiquiátrico? La acepción americana es exacta. Psicopatía es etimológicamente enfermedad del espíritu. Psicopático es en consecuencia la denominación que corresponde a un hospital que asiste estas enfermedades. Psiquiatría en cambio, es por su origen, curación o medicina del alma. Ella comprende, pues, cierta significación terapéutica que puede muy bien atribuírsele a un hospital que aspira a ser, sobre todo, un hospital de tratamiento activo.

El uso suele verter en las palabras un sentido distinto del que les corresponde etimológicamente. Y es, principalmente, su contenido actual, el significado presente, lo que determina prácticamente, su aplicación. Por eso nos inclinamos por el término de psiquiátrico. La influencia francesa de nuestra cultura, ha impuesto la práctica del nombre de hospital psiquiátrico. Es un título que ha tomado entre nosotros, carta de ciudadanía. En cambio el término psicópata que algunos autores como **Regis,** emplean en toda su extensión y legítimamente como sinónimo de enfermo mental, suele tener, con **Bleuler** por ejemplo, una acepción más restringida, limitada a los instables, emotivos, "nerviosos", etc. Poco más o menos, lo que los americanos, siguiendo a **Meyer,** llaman "constitutional inferiority". Por

otra parte el empleo muy generalizado, de las denominaciones de "constituciones psicopáticas" o de "psicopática personalidad", aunque es apropiado y no compromete por sí mismo la amplitud del vocablo, ha contribuído en la práctica a que se asocie al término de psicópata la idea de enfermo mental constitucional sin trastornos graves del comportamiento. Lo mismo pasa en Alemania.

Es por todas estas consideraciones, que yo he usado en este dictamen, el nombre de hospital psiquiátrico y por lo que creo que debemos seguir con esta denominación.

LA FUNCION PREVALENTE

Cuando se estudia la organización de los hospitales psiquiátricos, se descubre que aún cuando todos están capacitados para llegar a un diagnóstico preciso y para hacer un tratamiento intenso, la finalidad más destacada es en unos el diagnóstico y en otros la terapéutica.

Hospital de Diagnóstico

Ejemplo de lo primero es "The Boston Psychópathic Hospital", inaugurado el 24 de junio de 1912 y dirigido actualmente por el Profesor C. **Macfie Campbell.** Hospital pequeño, con solo cien lechos y que recibe sin embargo, cerca de dos mil enfermos por año. (1906 desde el 1 de octubre de 1927 al 1º X. 1928). 70% de los entrantes solo permanecen unos 10 días y el resto algún mes. (Observation cases). Muy bien instalado, contando con personal numeroso (140 empleados, 18 médicos) es un importante órgano de enseñanza y un centro de investigación científica. Pero es casi exclusivamente un hospital de diagnóstico. De los dos mil cuarenta y dos enfermos que estuvieron internados (1º X. 1927 1º. X. 1928), solo salieron curados 30, mejorados 711, no mejorados 75, sin presentar psicosis 314, enviados a otro hospital 191, fallecidos 56. (Annual Report of the Boston Psychop. Hosp.). Esta función diagnóstica no ha sido impuesta por el exceso de enfermos y la reducida capacidad del hospital. Ella ya estaba prevista en el acta de fundación que establecía la brevedad del tratamiento: "The psychopathic hospital should receive all classes of mental patients for first care, examination and observation, and provide short, intensive treatement of incipient, acute and curable insanity". (Report of the Massachussetts S. B. of ins. May Mental Diseases).

Esta organización tiene la ventaja de especializar un

servicio para el estudio profundo-somático, neurológico, serológico, psíquico-del enfermo mental; de concentrar los especialistas del examen de los diversos aparatos de la economía y de las distintas técnicas de la exploración (rayos X, electricidad, bioquímica, etc.). De esta manera puede llegarse en cada enfermo a un conocimiento acabado sobre el estado y el funcionamiento de todo el organismo; y a establecer más allá del "diagnóstico pintoresco" del sindrome mental, el diagnóstico primordial de lesión orgánica y de alteración fisiopatológica.

Solo que este hospital de diagnóstico ,aunque admirablemente instalado desempeña en la asistencia psiquiátrica general, el rol importante pero restringido, de la sección de entrada y observación de un gran hospital modelo. Es, en efecto, como un servicio de triage muy perfeccionado, que solo encuentra oportuna indicación, en los países donde la asistencia psiquiátrica cuenta con hospitales especializados en cada enfermedad mental (establecimientos para P. G., D. P., epilépticos, débiles, etc.) a donde dirigir los enfermos que no pueden asistirse en el mismo establecimiento.

Si no trabaja así, en una red de hospitales, o respaldado por un gran hospital-asilo-colonia que le asegure el drenaje, forzosamente, cuando el pequeño hospital debe servir a una población de varios millones, se verá en la necesidad de rechazar enfermos. En el hospital psicopático de Boston no admiten los enfermos mayores de 60 años, las psicopatías de origen alcohólico y aún aquellos casos de enfermedades mentales bien definidas, pero que necesitan visiblemente un tratamiento prolongado para su curación.

El hospital especializado en el diagnóstico hace las veces del médico consultante en el ejercicio profesional en la ciudad. El enfermo sale de allí con los resultados de un exámen clínico completo: un diagnóstico bastante preciso y algunas indicaciones de un tratamiento que va a ser aplicado por otro hospital o por el médico tratante. Se rompe así la unidad diagnóstico-tratamiento, realizándolos en dos establecimientos diferentes y por personas distintas. Se interrumpe la continuidad de dos actos que deben complementarse exactamente. Es por esta necesidad de la coordinación estrecha, que hay ventaja en que sean dos actos realizados por una misma persona.

Hospital de Tratamiento

Por eso, generalmente se concibe al hospital psiquiátrico, como un órgano de tratamiento. Naturalmente, que

bien preparado para hacer previamente un diagnóstico preciso. Una vez realizado este diagnóstico y el pronóstico que le sigue, se presentan, generalmente, una de estas dos posibilidades: es un caso curable o incurable. El hospital psiquiátrico los tratará a todos, o retendrá solamente los curables, enviando a los otros a los establecimientos para crónicos. Este último es el criterio sostenido por los que temen ver al hospital psiquiátrico, que debe ser un organismo ágil y activo, sobrecargado y entorpecido por la asistencia de los crónicos.

Este criterio de la curabilidad que divide la asistencia de los psicópatas, en hospitales para curables y asilos-colonias para crónicos, nació en Alemania en los comienzos del siglo pasado, con la división de Heilanstalt (establecimiento de curación), hospital urbano; en oposición a Pflegeanstalt (para custodia o asistencia). En aquel tiempo y aplicado sistemáticamente, este criterio privaba a los crónicos de los beneficios de un tratamiento activo y los abandonaba en el Pflegeanstalt, que era simplemente un hospicio. Contra ésto reaccionó **Damerow** y más tarde, y desde otro punto de vista, **Griesinger.** Pero es indudable, que esta división del Heil y Pflegeanstalt, que en su parte esencial se mantiene todavía, es el origen de la reforma alemana de la asistencia psiquiátrica.

El "criterio de curabilidad", aplicado rigurosamente para clasificar enfermos en distintos establecimientos de asistencia, es excesivamente simple y esquemático. Hay enfermos curables que evolucionan lentamente. Hay enfermos crónicos que remiten o mejoran y que pueden ser devueltos a la sociedad. Por eso, frente a esta norma se pronunció **Griesinger,** por el "criterio de duración de la enfermedad". Para la distribución de los enfermos, en los distintos establecimientos de asistencia se debe tomar en cuenta la duración de la estadía en el hospital, el tiempo de evolución de la enfermedad, etc.

Todo es el tiempo, y con este criterio, piensa **Griesinger** que debe haber dos tipos en la construcción del hospital. Uno para breve y el otro para larga estada: "die eine bestimmt für einem blos transitorischen, die andere für eine langen aufenthalt der Kranken" **(Wilheim Griesinger.** Uber behandlung des Geistekranken und uber Irrenanstalten. Gesammeite Abhandlungen, 1872). El uno urbano y de capacidad reducida; le basta con un pequeño "freundlich", jardín sombrío y amplias verandas. En cambio el otro con amplio espacio para teatro, juegos y trabajos.

Así hay, en suma, dos criterios para la distribución de

los enfermos mentales, en los establecimientos de asistencia: uno de curabilidad, otro de duración de la enfermedad. Cada uno de ellos, aplicado estrechamente, es erróneo. Por otra parte, en la práctica, estos criterios no son opuestos; en la gran mayoría de los casos ellos son perfectamente conciliables. En efecto, las enfermedades curables evolucionan casi siempre rápidamente. Por eso actualmente el acuerdo se ha hecho entre la mayoría de los psiquiatras. Se ha adoptado un criterio mixto: el hospital psiquiátrico trata las enfermedades agudas y curables. Y la estada del enfermo en el hospital no podrá pasar de un número determinado de meses; generalmente de tres. Y suele facultarse al médico jefe para prolongar, pidiéndolo expresamente a la Dirección, la estadía del enfermo.

En realidad sobre ésto debe existir una norma, pero debe ser suficientemente elástica para no excluir el comienzo de las enfermedades crónicas y los períodos de agudización; para no privarlas de un tratamiento que puede ser proficuo.

Por otra parte no se debe olvidar que tanto la curabilidad como el tiempo no rigen solos en la práctica la estadía en el hospital. Se mandan los enfermos al asilo-colonia, teniendo en cuenta el pronóstico sobre curabilidad o duración de la enfermedad, pero también, forzosamente en la práctica, según el número de ingresos, la capacidad y la población del hospital, la existencia de plazas disponibles. Es por un lado el hacinamiento y por otro las plazas vacantes que gobiernan el tráfico de enfermos. Es a estas ineludibles exigencias de la realidad, que tendrán que amoldarse los criterios preconizados.

Es así como, cuando el hospital se halle rebosante, se descongestionará enviando inmediatamente sus crónicos a la colonia-asilo. Lo mismo hará también con los agudos en iguales circunstancias y cuando la curación tarde en producirse. Si por el contrario el hospital tiene plazas disponibles, guardará sus crónicos hasta la mejoría y los agudos hasta la curación.

El Hospital y la Clínica Psiquiátrica

Habitualmente el hospital psiquiátrico es la sede de la clínica, pero no es forzoso que así sea. Bien pensado, para países como el nuestro, es conveniente que estén separados.

Entre nosotros, el asiento de la clínica debe ser el hospital de clínicas. Múltiples razones, que yo expuse en un informe presentado en junio del año 1928 (publicado en el número I de la Revista de Psiquiatría del Uruguay), al Decano de la Facultad, doctor **Alfredo Navarro** lo prueban,

me parece, de una manera concluyente. Es la vieja tesis de **Griesinger**: "Die bei weiten beste Einrichtung ist die, wo dicht und unmittelbar an dem ubrigen Kliniken auch die psychiatrische Kliniken liegt".

Este propósito fué resisitido, sin alegar razones, y la clínica psiquiátrica no estaba incluída en el último proyecto presentado por el arquitecto. Pero, recientemente, parece que se ha reaccionado, y se tiene la intención de llevar la clínica al hospital. Es la situación que le corresponde. De este modo, se equipara la clínica psiquiátrica a las otras clínicas y el enfermo mental a los otros enfermos, realizando así, uno de los más altos postulados de la psiquiatría contemporánea.

En su nueva situación la clínica no podrá suplir al hospital psiquiátrico, como algunos psiquíatras creen, porque éste es, por su finalidad principal, un hospital de tratamiento. En cambio la función primordial de la clínica, no es el tratamiento sino la enseñanza. Todos nuestros profesores de clínica parecen haberlo siempre entendido así, y muy a menudo se concretan exclusivamente a la función docente. Si hay pecado en ello, no es solamente nuestro, sino que es común a la mayor parte de las clínicas latinas. Como los agregados tienen, por la mala organización actual, muy pequeña participación en el trabajo de la clínica toda la asistencia queda prácticamente en manos del jefe de clínica, que no es, generalmente, el más capacitado para conducir bien un tratamiento. Por eso no podrá confiarse a la clínica la función terapéutica que es propia del hospital psiquiátrico.

Por otra parte, ella no podrá contener más de 100 enfermos y no podrá por tanto cubrir las necesidades de la asistencia de agudos. Ingresan a Vilardebó cerca de 1500 enfermos por año. (Exactamente 1367 en 1927, 1409 en 1928, 1466 en 1929). Ya desde el comienzo, si la clínica pretende sustituir al hospital psiquiátrico, debe atender más de 1500 enfermos anuales. Cantidad que en 10 años será mayor de 2.000.

Con sólo 100 camas, la totalidad de los enfermos se renovará 15 veces, por lo menos desde el primer año. Vale decir que para cada enfermo el promedio de estada debe ser de 24 días. La mayor parte, en consecuencia, deberán pasar al viejo Vilardebó a continuar su tratamiento. Esta dislocación del régimen terapéutico es inconveniente, como lo vimos al estudiar el hospital de diagnóstico.

Por la defensa de los verdaderos intereses de la enseñanza, no puede permitirse que se someta la clínica a la obligación de recibir todos los agudos, cualquiera que sea su

grado de agitación o su interés didáctico. La clínica debe conservar el derecho de seleccionar sus enfermos y el de guardarlos todo el tiempo que así convenga a sus propósitos docentes o de investigación científica. Es así como se hace en la Clínica **Henry Phipps** de Baltimore, por la organización que le dió el Profesor **Meyer**, el maestro más eminente de la psiquiatría americana. Y no puede ser de otra manera Los que hayan practicado la psiquiatría comprenderán como se compromete el orden y la organización de un servicio de 100 camas, con la llegada diaria de 5 a 10 enfermos, la mayor parte agitados, porque es al agitación lo que decide a menudo el internamiento. El Hospital Psicopático de Boston (aunque no pretendió nunca ser un hospital de tratamiento, como puede verse en el acta de su fundación), debe haber sentido los inconvenientes de esta afluencia de enfermos. Y se ha defendido, rechazando los estados de onirismo alcohólico y todos los casos de psicopatías evidentes pero de diagnóstico fácil y que exigen un tratamiento de meses. Y aún así, yo recuerdo de mi visita ,en la que me acompañaba gentilmente el Profesor **Macfie Campbell,** el espectáculo de las cinco mujeres agitadas en la sala de baño permanente.

Creo haber demostrado todos los inconvenientes que traería aparejados el pretender sustituir el hospital psiquiátrico con la construcción de una clínica psiquiátrica en el hospital de clínicas, Sería desvirtuar el verdadero cometido de la clínica que por otra parte no podría nunca llenar las necesidades de la asistencia.

LA ASISTENCIA DE LOS CRONICOS

Toda la asistencia de las psicopatías ha sufrido del dogma de la incurabilidad de las enfermedades mentales, que ha retardado la evolución del tratamiento. Pero es especialmente la asistencia de los crónicos, la que todavía hoy se encuentra detenida por este falso concepto. Si ya no se piensa en construir grandes asilos para guardar los enfermos, se suelen hacer grandes colonias, donde la asistencia no es mucho mejor que en las antiguas gardeuries. He visto inmensos predios coloniales donde la mayoría de los enfermos no trabajan ni reciben una asistencia activa. El campo cercado ha sustituído al patio del asilo. Eso es casi todo, y los enfermos están abandonados a su insanía porque se espera quizás, un efecto del "cambio de aire", como dice la familia.

Entre los psicópatas que van a la colonia no todos son crónicos verdaderos. Hay errores de diagnóstico. Hay sub-

agudos cuya enfermedad se prolonga, y por último, hay realmente crónicos e incurables, pero que pueden remitir o solamente mejorar readaptándose a una vida social siemple y limitada. Por otra parte, el tratamiento consigue en casi todos los casos, disminuir los síntomas y mejorar el comportamiento.

Pero aún cuando esta asistencia se realiza en colonias generales que pueden citarse como modelos, y la nuestra es una de ellas, estas colonias no representan la más moderna etapa en la evolución de la asistencia de los crónicos.

Debe tenderse cada vez más, a la creación de colonias o mejor de institutos especializados según las formas mentales. La técnica del tratamiento, aún cuando se empleen iguales recursos terapéuticos, no es la misma para todas las enfermedades mentales ni tampoco para cada paciente de la misma enfermedad. En esta dirección—tratamiento especializado y tratamiento individual—es que progresa la asistencia psiquiátrica. Y, quizás no está muy lejano el día en que, el mismo hospital psiquiátrico sea solamente un servicio de triage de los institutos especializados.

El tratamiento de los crónicos según formas clínicas, tiene ya en algunas colonias un comienzo de realización con la separación en pabellones distintos y con médico y tratamiento especial, a los débiles, a los epilépticos ,a los dementes precoces, etc.

Cuando se haya construído nuestro hospital psiquiátrico, podrán destinarse a este fin, después de varias reformas, algunas reparticiones del Hospital Vilardebó. Con eso, se irá formando el personal y se irá preparando el advenimiento de ios hospitales especializados en el tratamiento de enfermedades mentales a evolución crónica.

Porque, hay que insistir en ello, a los crónicos hay que tratarlos. Frente a un déficit mental definitivo, se está en igual situación que frente a un amputado (los dementes son en cierto modo "amputados del cerebro"). No pueden curarse automáticamente pero pueden mejorar fisiológicamente, si se compensa su defecto funcional. Y como no puede pensarse, como para los amputados, en colocarles un aparato de protesis mental, solo queda el recurso de utilizar las funciones del espíritu que han permanecido sanas o que están poco afectadas, para suplir las funciones perdidas. Es una obra de reeducación que, para los débiles especialmente, es una verdadera ortopedia mental. Este procedimiento terapéutico, esta ortofrenopedia, debe pretender llegar a modelar una personalidad capaz de vivir libremente en la sociedad. Muy a menudo las deformidades son tan grandes, que

no puede conseguirse esta capacitación completa; pero se alcanzan grados intermedios: personas hábiles para vivir en sociedad pero bajo la protección de la propia familia, o del patronato, o en asistencia hétero-familiar, etc.

Los principios generales de la ortofrenopedia son comunes para todas las formas de defectos mentales. Pero su aplicación es diferente para cada enfermedad. No se puede tratar con el mismo régimen a los paranoicos, a los dementes precoces y a los idiotas. Sería como querer reeducar con el mismo procedimiento a los ciegos, a los sordos y a los amputados. Por eso que, no sólo para el tratamiento de fondo de la enfermedad, sino también para este tratamiento sintomático, deben separarse las diversas formas mentales en distintos establecimientos o en diversas reparticiones del mismo hospital.

La asistencia familiar

Dos razones primordiales fundamentan el régimen de la asistencia familiar de los enfermos crónicos que han pasado por el hospital o la colonia. La primera es que ella, cuando está bien organizada, representa el ideal del tratamiento individualizado por el cuál pueden conseguirse grandes mejorías de la capacidad social del enfermo. La segunda es que ella representa una solución económica del problema de la asistencia de los crónicos. Estas dos razones han propiciado el desenvolvimiento de este régimen de asistencia.

Entre nosotros la asistencia familiar nació y se desarrolló en muy breve tiempo. De un mes para el otro se distribuyeron cientos de enfermos a las familias vecinas a la colonia, que nunca habían hecho esta clase de asistencia, y que no habían sido tampoco preparadas para hacerla. Esta improvisación de la asistencia familiar estaba hasta cierto punto justificada, porque había sido hecha para combatir el hacinamiento. Pero no se limitó a la sobrepoblación de la colonia. Una vez en marcha esta impetuosidad creadora no se contuvo en sus verdaderos límites y comenzó a cebarse en la población de la colonia, quizás favorecida por el entusiasmo despertado en el vecindario, que fué uno de los más grandes convencidos de las ventajas de la nueva forma de asistencia.

En efecto, se le paga al vecino, como pensión, el costo mensual medio del enfermo para la asistencia pública. Y se paga siempre igual, cualquiera sea el enfermo, trabajador o no, e independientemente del confort que encuentra en su nueva casa. De tal modo, que la asistencia familiar ha sido

despojada en el Uruguay, de una de sus principales virtudes: la economía. En efecto, con este régimen la A. P. N. pierde mensualmente algunos miles de pesos. Porque manteniendo íntegramente (salvo la manutención de esos enfermos), el presupuesto anterior de la colonia, debe pagar todavía algunos cientos de pensiones.

Estos son los dos cargos que yo hice en la Sociedad de Psiquiatría, a la forma de organización de la asistencia familiar. Esto no afecta al método en sí mismo sino al procedimiento de su aplicación. El régimen de asistencia familiar es excelente para la mayoría de las enfermedades. Es el factos que más ha contribuído al crecimiento de la asistencia externa en estos últimos años. Por las contribuciones de **Kolb, Bleuler, Roemer,** etc. en Alemania y en Suiza; por la organización del servicio social en Estados Unidos, la asistencia social que ha tomado un gran desarrollo, completa y en cierto modo suple la asistencia en las colonias y asilos.

RESUMEN

En las páginas anteriores, he analizado algunos de los aspectos de la asistencia psiquiátrica y sugerido la necesidad de diversas reformas. En el presente artículo tengo el propósito de hacer una síntesis de lo que llevo expuesto, dando una perspectiva general del sistema actual y del plan proyectado.

El actual sistema de asistencia está formado por el Hospital Vilardebó y la Colonia Bernardo Etchepare. El primero es un antiguo establecimiento mixto, a la vez hospital y asilo, donde en el mismo edificio y en la misma sala son asistidos juntos agudos y crónicos. La Colonia, relativamente moderna, está dedicada casi exclusivamente a los crónicos, de los cuales, una discreta proporción trabajan. Como asistencia externa y social funciona desde hace más de 10 años, por iniciativa del Profesor **Etchepare,** una policlínica psiquiátrica en el Vilardebó y recientemente se ha creado alrededor de la Colonia primero y del Vilardebó después, una asistencia familiar que no ha llegado a un grado suficiente de organización.

No ha habido un plan previo de asistencia psiquiátrica general, un eje directriz que diera unidad al sistema y orientara la construcción de los edificios. El Vilardebó nació para satisfacer la necesidad social de un establecimiento destinado a guardar alienados y nació viejo. Fué construído en 1880 con las ideas psiquiátricas y arquitectónicas de los comienzos del siglo pasado. Este geromorfismo explica por-

que a los 50 años tiene apariencias de centenario. Lo que vino después, la Colonia y la asistencia familiar son soluciones atinadas al problema planteado por la presencia de miles de enfermos crónicos. Pero estas determinaciones, han sido presionadas por el hacinamiento que imponía medidas urgentes; y se prestigiaron como soluciones generosas del problema del alojamiento. Este ha sido en realidad el criterio que las circunstancias impusieron. Y es por eso que la asistencia de los crónicos ha adquirido un gran desarrollo. De esta manera, la asistencia psiquiátrica, ha crecido distendiéndose como un fondo de saco por su parte terminal.

Así se ha llegado, sin plan previo, y por juxtaposición de soluciones parciales, a un sistema de asistencia que presenta graves defectos. El más importante, es sin duda, la ausencia de un hospital adecuado para la terapéutica de los procesos agudos. Y después, el raquitismo de la asistencia pre-hospitalaria, reducida a una policlínica sin servicio social. Y contrastando con esta mezquindad de la asistencia social, las gigantescas proporciones de los establecimientos destinados a los crónicos. Tanto que, si hubiera de darse a este sistema, una representación geométrica, se le podía expresar con un triángulo cuyo vértice estaría en la policlínica psiquiátrica y su base se formaría con gran parte de Vilardebó ,la Colonia y la asistencia familiar, destinadas a los crónicos.

Sobre un total de unas 3.400 enfermos, a cargo de la A. P. Nacional, 3.000 son crónicos y solo 400 son enfermos agudos. Con el sistema actual, esto significa, que el 90% del presupuesto actual de la asistencia psiquiátrica es absorbido por la asistencia (por otra parte imperfecta), que se da a los enfermos crónicos.

Es necesario reaccionar contra esta táctica. Es preciso encarar la asistencia psiquiátrica, como una parte de la lucha general contra las enfermedades mentales. Y en vez de seguir esperando pasivamente que lleguen los enfermos al hospital y en vez de seguir construyendo grandes establecimientos para alojarlos, hay que adelantarse a combatir las causas de las enfermedades mentales, hay que tratar a los predispuestos para que no se enfermen y a los agudos para que no se conviertan en crónicos. Esta misión preventiva debe presidir la organización del sistema de asistencia, cuyo centro de gravedad debe desplazarse hacia adelante, hacia el hospital de agudos y hacia los dispensarios, que prolongan, "como un servicio tentacular", la acción de la asistencia en la sociedad.

Estos propósitos se expresan claramente en el diagrama

con el que un talentoso arquitecto amigo, ha querido ilustrar estos proyectos. Sobre el fondo de Montevideo, se destaca la silueta de los dispensarios, distribuídos en distintos barrios de la ciudad, como centinelas avanzados de la asistencia psiquiátrica. Estos dispensarios verdaderos instrumentos de preservación y asistencia precoz, observan, tratan y protegen, con la ayuda directa del servicio social y del patronato de psicópatas, a los predispuestos y a los enfermos que viven en la ciudad.

El servicio social psiquiátrico, cuya creación se propone, irradia la acción de los dispensarios hasta los domicilios de los enfermos, llevando a la intimidad de los hogares las enseñanzas de la higiene y de la medicina mental.

El patronato de psicópatas, que se proyecta ,es una institución médico-social de beneficencia. Su cometido puede creerse desligado de la A. P. N., habituados como estamos a ver que la función de la asistencia suele concretarse a la terapéutica. Pero no basta medicar, hay que asistir en la generosa acepción del vocablo. No basta tratar, hay que socorrer, cuidar y proteger. Socorrer al enfermo y a sus familiares, cuidar al convalesciente, proteger al predispuesto. Y ésta sería la misión del patronato de psicópatas, que completaría la asistencia médica, con la ayuda prestada a los enfermos, antes y después de su salida del hospital.

El otro propósito del plan proyectado ,es la construcción de un hospital psiquiátrico, dotado de todos los recursos modernos del diagnóstico y la terapéutica mental, para el tratamiento activo de los enfermos agudos. Sobre la necesidad de este hospital, he insistido largamente en las páginas anteriores. Repito que esta obra importantísima es el centro principal de la asistencia psiquiátrica, la base fundamental, por donde debe iniciarse el plan de reformas.

También la asistencia de los enfermos crónicos, es susceptible de algunas modificaciones. En lugar de un tratamiento uniforme, para toda la diversidad de síndromes clínicos, se propone la creación de servicios especializados, dentro de los actuales establecimientos, para el tratamiento particular de los débiles mentales, los epilépticos, los dementes precoces, etc. Estos servicios serán los precursores de los hospitales e institutos especializados del futuro.

Por último, se tiende a dar gran amplitud a la asistencia de los enfermos crónicos fuera de los asilos y de las colonias. Son las ideas modernas de **Kolb** y de **Bleuler**, que prolongan con una nueva forma, las viejas tendencias sabias y humanitarias, que llevaron a **Pinel** a quitar las cadenas de los alienados. El siglo pasado libertó a los enfermos

dentro del asilo; el actual tiende a libertarlos en la sociedad.

Para este fin, los asilos se transforman en escuelas de reeducación social, donde los enfermos son readaptados para la nueva vida. Cuando ésto se consigue, el crónico sale del asilo y es entregado a la asistencia médica del dispensario, al cuidado de la familia, a la observación del servicio social psiquiátrico y a la protección del patronato de psicópatas. Tendrá así el pobre alienado el calor de un hogar y experimentará la ilusión de vivir libremente en el seno de una sociedad piadosa, comprensiva y liberal.

Estos son los nuevos horizontes que el progreso cultural y científico ha abierto a la asistencia psiquiátrica. Dentro de esta perspectiva de futuro, he querido delinear un sistema armónico para la asistencia de los psicópatas. Es el plan, que someto hoy, a la consideración de la seccional de psiquiatría.

Dr. Isaac Horvitz
Jefe de Clínica Psiquátrica
Universitaria
Dr. Gustavo Vila
Ayudante de Clínica
Psiquiátrica

El problema de la Asistencia de los locos morales

Entre las cuestiones que con gran frecuencia preocupan al psiquiatra y por las cuales es consultado con verdadera ansiedad de parte de las familias de los enfermos, es todavía un problema que espera una solución apropiada el de la asistencia médico-social de la locura moral.

Como se sabe, cualquiera que sea el origen de esta afección o constitución psíquica mórbida, congénito o adquirido, en la práctica, constituyen los locos morales un conjunto de individuos patológicos que requieren una atención especial.

Sus condiciones de enfermedad interesan una esfera limitada de su psique pero, desgraciadamente, de una influencia considerable sobre la conducta total de la persona, sobre todo en sus relaciones con el ambiente social en que viven.

Para una familia la convivencia con un loco moral resulta verdaderamente imposible. La intranquilidad, la vergüenza, el desorden y el mal ejemplo, fuera de los trastornos de orden económico (robos, malversación, etc.), son un reflejo pálido de una realidad insoportable para un hogar sea cuales fueren las medidas que dentro de él pudieran tomarse evitar los actos anormales de dicho individuo.

Por lo general, la familia se ve reducida a recluir en un manicomio a tal sujeto. Pero, al poco tiempo se puede, comprobar y de ello se compenetra la propia familia del en-

fermo, que los manicomios o los sanatorios comunes no son lugares apropiados para retener a estos enfermos cuya lucidez psíquica con el goce normal de sus facultades, resalta en un medio en que la alienación se debe casi siempre a trastornos mentales francos. La familia llega a temer que su enfermo 'se contagie" de la locura de los demás; o el loco moral promete comportarse normalmente, o se fuga y las reclusiones de esta manera, son muy poco duraderas.

En la ociosidad de la vida manicomial, el loco moral sólo puede pensar en fugarse. Su reclusión, a medida que se prolonga, se le aparece cada vez más como un castigo injusto, ya que es incapaz de comprender por sus mismas condiciones patológicas, las razones que han motivado la pérdida de su libertad.

Por otra parte, no se puede dudar que la locura moral determina una desadaptación social definitiva y que los medios que poseemos para reeducar o transformar la personalidad de estos sujetos son bastante pobres. En consecuencia, no podemos esterilizar la acción de estos individuos, en la parte útil de su capacidad, por toda la vida encerrándolos en un manicomio. Insistimos que en la práctica esto es imposible de realizar, ya por la iniciativa de la propia familia o por la fuga de los enfermos.

Fluye, pues, de estas consideraciones la necesidad de implantar un régimen de asistencia especial para estos enfermos donde la reclusión esté disimulada por un ambiente de vida similar a la de los demás individuos. Siendo un hecho indiscutible la incurabilidad o, por lo menos, las grandes dificultades para readaptar a estos individuos patológicos, es indispensable establecer organismos especiales de asistencia para ellos tomando en cuenta la naturaleza de su hospitalización definitiva o, en todo caso, muy prolongada.

Un segundo factor que se debe tomar en cuenta es la necesidad de utilizar las energías y la capacidad de estos sujetos un una labor útil para ellos o para la sociedad y en consecuencia, dichos establecimientos deben contar con talleres, campos agrícolas, etc., en que la laborterapia pueda ejercitarse en forma científica y reglada.

Una tercera condición de considerable importancia se relaciona con la seguridad de estos asilos para evitar la fuga de enfermos que se caracterizan por su ingenio y audacia para procurarse la liberación que generalmente utilizan para la comisión de delitos o para entregarse a la satisfacción desenfrenada de sus vicios.

Por último, es necesario que estas instituciones se adap-

ten para asistir a individuos de ambos sexos y también a niños ya que la "moral insanity" comienza desde muy temprano a perturbar la vida social de los familiares de estos sujetos.

Nos parece, pues, que el mejor organismo de asistencia que cumpla con los requisitos indispensables para la atención científica de los locos morales es el asilo-colonia, situado en la vecindad de algún centro de población numerosa, pero a una relativa distancia. Debe asegurarse la vigilancia dentro y fuera del asilo para evitar las fugas y para permitir la recuperación del asilado que logre escapar, por los cuidadores encargados de la fiscalización en los alrededores del asilo.

La extensión de la colonia no debe ser inferior a cuatro o cinco hectáreas por cada cien enfermos, con el objeto de hacer lo menos aparente posible la reclusión. Debe tenderse a obtener que la colonia aparezca como una pequeña aldea en que los individuos, desarrollando actividades diferentes, reglamentadas y armónicas, adquieran conciencia de una vida social cuyo objeto es el bien común. Por este motivo, debe la institución estar dotada de campos para el cultivo, de talleres de diferente especie para adaptarlos a las condiciones de trabajo de individuos cuya adaptación a realizarlo es bastante difícil y en los cuales es necesario conseguir su obediencia y el sometimiento a realizar una obligación mediante el placer y el entretenimiento que dicho trabajo les procure.

Por estas mismas consideraciones es importante la parte pedagógica de que debe dotarse la asistencia en el asilo: escuelas de diferente grado, escuelas-talleres, cinematógrafo instructivo, etc. Y, por otra parte, campos de deportes, teatros, etc.

Un problema que debe estudiarse con detención y cuya solución es delicada es el que se refiere a la vida sexual de los asilados cuya verificación fisiológica debe permitirse en forma reglamentada y estudiando a los diferentes individuos en relación con este aspecto de la cuestión.

Naturalmente, el aprovechamiento del asilo-colonia puede utilizarse para otra clase de enfermos mentales que tiene cierta afinidad con los locos morales como los alcohólicos, toxicómanos y otros cuyas características deberán estudiarse en cada caso para permitirles su ingreso a la colonia.

En síntesis, es necesario preocuparse de resolver este problema de asistencia médico-social del cual hemos esbozado las líneas primordiales.

Dres. Sebastián Lorente de Patrón
y Baldomero Arce Molina

Organización de la asistencia de los alienados en Aconcagua

Con motivo de estas Jornadas Neuro-Psiquiátricas, que reunen a los más destacados especialistas del extranjero y del país, hemos creido conveniente insistir una vez más sobre la necesidad impostergable de organizar la Asistencia de los Alienados en Aconcagua, en forma que corresponda a las modernas orientaciones de la Psiquitría.

Decimos que hemos considerado conveniente esta oportunidad, porque asistimos a estas Jornadas, con la seguridad de que de ellas, saldrán provechosos beneficios para los países aquí representados y de que no quedará reducido el esfuerzo realizado a la publicación de un folleto, que testimonie el que del 4 al 11 de Enero del año 1937 se verificaron en Chile las Primeras Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico.

Por lo mismo que se trata de una reunión de carácter especifico, orientada únicamente dentro de las disciplinas NeuroPsiquiátricas, es imperativo que los que nos hemos reunido llevemos a la realidad, todo aquello que redunde en beneficio de los Enfermos de la Mente.

Dentro de estos imperativos, dentro de estas orientaciones existe el problema inaplazable de la organización de la Asistencia de los Alienados en Aconcagua.

Los esfuerzos que en ese sentido se han hecho por los especialistas de la provincia, hasta el momento actual, no han tenido el éxito deseado. La Asistencia dentro del punto de vista nosocomial, no sólo es insuficiente, sino que está en pugna con los más rudimentarios conceptos que hoy priman sobre el particular. El esfuerzo denodado de los

especialistas que están a cargo de la asistencia de los enfermos Mentales, ha tropezado hasta el momento con la no satisfacción de sus justas demandas. Han habido muchas publicaciones, numerosas reuniones de los elementos que tienen a su cargo el problema asistencial, pero desgraciadamente, a pesar de todo, las cosas, se encuentra sin solución.

Por lo mismo que la alienación perturba las facultades intelectuales, en el alienado han repercutido los debates de la inteligencia humana sobre el alma y sus doctrinas. La propagación de las religiones, la implantación de los dogmas, la intolerancia del fanatismo la libertad de conciencia, los ideales democráticos y socialistas modernos, lo han hecho sucesivamente, su parásito su víctima y actualmente su protegido, en una palabra el alienado ha representado siempre, el símbolo de la época y el progreso de la idea.

Hoy, elevado a la categoría de enfermo y reconocido como tal, merced a las sucesivas conquistas de la patología, la psicología y el laboratorio, es objeto de una asistencia y tratamiento especial y oportuno.

Las estadísticas comprueban, que las posibilidades de curación de un enfermo mental, están en relación directa con la rapidez con que se empieza el tratamiento después de aparecer los primeros síntomas de la enfermedad. Así, los pacientes tratados durante el primer mes de enfermedad curan en un 42 a 45%. Esta cifra baja al 33% cuando el tratamiento se comienza entre el segundo y tercer mes. Entre los meses cuarto y sexto el número de curados sólo llega a un 15%. Cuando la atención se prodiga después del primer semestre son tan solo el 5% los curados y cuando pasa un año sin que el enfermo reciba atención las posibilidades de curación se reducen al 2%.

Los progresos realizados en la asistencia de los alienados, marcan cada día una tendencia más acentuada a la individualidad y especialización en su tratamiento y curación. Merced a éstas tendencias y orientaciones se organizan en los países, establecimientos regionales destinados a la asistencia de los enfermos mentales de cada zona o región, que correspondan a una división geográfica.

Aconcagua por su numerosa población de más de 400 mil habitantes, requiere la organización de un centro específicamente diferenciado, dotado de los elementos de previsión y asistencia, que la psiquiatría moderna señala.

La actual situación en que se encuentran los enfermos mentales no puede continuar subsistiendo en la provincia de Aconcagua. Precisa, no sólo asistir, sino prevenir el desarrollo de las afecciones mentales.

La medicina preventiva con sus diferentes modos de acción tiene un amplio campo en la psiquiatría. Es hoy merced a su organización y sus eficaces medios de acción en países como los Estados Unidos de Norte América, que se lucha con toda eficacia contra el desarrollo de las enfermedades mentales.

La centralización de la Asistencia de los alienados en Santiago, no es conveniente. Entraña un ataque al derecho que todo individuo tiene de permanecer cerca de los suyos y contraría los preceptos de la clínica que establece la asistencia precóz y adecuada como medío indispensable para el éxito, como ya hemos señalado.

Precisa tener en cuenta que un alienado abandonado desde el punto de vista asistencial, es una carga pesada, primero para la familia y después para el Estado.

El aumento del número de alienados en la provincia de Aconcagua, es un problema que preocupa hondamente a las entidades asistenciales. Aunque no hay una estadística al respecto, el rechazo contínuo de los enfermos por no existir capacidad para su asistencia en el local actual o su frecuente envío a Santiago, hacen percibir claramente el aumento incesante de esta clase de enfermos.

Todas las razones anteriores expuestas, nos llevan a considerar que el problema de la atención de la salud mental en la provincia de Aconcagua, debe estar a cargo de un Centro Psiquiátrico autónomo y diferenciado, formado por tres organismos, dirigidos por especialistas.

Dichos organismos deben ser los siguientes:

A) **LIGA DE HIGIENE MENTAL.**—Este organismo se ocupará del estudio y aplicación de los principios generales de higiene y profilaxia que deben orientar la lucha contra las psicopatías y del perfeccionamiento de las características psíquicas individuales.

La profilaxia radicará esencialmente en el principio fundamental, científicamente establecido, de que la locura en un gran número de casos, es enfermedad evitable y curable, y decimos evitable, porque si es verdad que sobreviene en sujetos constitucionalmente predispuestos, es también cierto, que la enfermedad se desarrolla bajo el influjo de causas ocasionales que pueden suprimirse.

El estudio minucioso y la determinación más precisa de las causas de las enfermedades mentales ha abierto un amplio y vasto campo al dominio de la profilaxia mental.

Así las alteraciones de orden tóxico como el caso de los alcohólicos, se evitarán por la lucha contra el alcoholismo. La parálisis general y las neuro-sífilis por la lucha anti-ve-

nérea. Las infecciones y auto intoxicaciones que determinan el delirio agudo y la confusión mental, obligan al tratamiento preventivo de estos sindromes.

El conocimiento de las predisposiciones y de los factores constitucionales permiten al alienista controlar las uniones conyugales, evitando la degeneración familiar. En la educación, en el trabajo y en la vida sexual del individuo, la profilaxia mental, tiene acción precisa y orientadora.

Además de su misión de profilaxia, y de vulgarización llevada a cabo por una labor de propaganda por medio de conferencias, panfletos y conversaciones, la Liga deberá dedicar parte de sus actividades a prestar apoyo material y moral a los psicópatas, alienados y toxicómanos en los establecimientos de asistencia y fuera de ellos.

B) DISPENSARIO DE HIGIENE MENTAL. — Este organismo constituye el centro ejecutivo por excelencia, de las normas aconsejadas por la "Liga de Higiene Mental" basados en los principios psiquiátricos y médico-sociales.

El papel del dispensario es doble; de un lado es profiláctico y de otro es asistencial.

En su parte profiláctica, está encargado de buscar, fuera de su recinto, por medio de sus huestes de médicos especializados y enfermeras sociales, en las diferentes actividades del hombre, al predispuesto, al tarado y al fragil mental; para aplicarle de modo permanente las reglas de higiene mental, y para defenderlo de los trastornos que su abandono podría producirle.

En su parte asistencial, el dispensario funcionará proporcionando atención integral y gratuíta, a toda persona que por su estado ha acudido en demanda de sus servicios, ya sea llevado por el servicio social o en forma expontánea.

El dispensario constituye el organismo de control entre el Hospital Psiquiátrico y el medio ambiente.

En lo que se refiere al Hospital Psiquiátrico, enviará a él todos aquellos enfermos que requieren atención, asistencia, vigilancia permanente, exámenes, tratamientos y cuidados especiales.

En lo que se relaciona con el medio ambiente, el dispensario tendrá el control y atención domiliria de todos aquellos enfermos cuyo estado y condiciones económicas, permiten su asistencia domiciliaria, así como la vigilancia de los que sean dados de alta en el Hospital Psiquiátrico.

El papel del Dispensario es además de gran utilidad para el estudio y educación del especialista, pués suministra al médico abundante material de observación, dándole oportunidad de observar la psicosis desde su iniciación.

C) HOSPITAL PSIQUIATRICO. — Entre las más fecundas de las transformaciones y progreso en la asistencia de los alienados, es necesario colocar esta clase de establecimientos hospitalarios.

Utilizados como centro de enseñanza universitaria y de investigación científica en muchos países prestan las ventajas de una hospitalización inmediata.

El Hospital Psiquiátrico con sus servicios abiertos permite al pequeño psicópata y a los enfermos agudos una asistencia rápida, eficaz y absolutamente humana.

Con su existencia desaparecen las bochornosas tramitaciones, que terminaban por etiquetar en los antiguos establecimientos en forma indeleble al enfermo mental.

En este establecimiento deberán atenderse de modo general todos los enfermos que no presentan trastornos de la conciencia. Más aún, consideramos, que en el hospital psiquiátrico, debe ser atendido todo enfermo agudo. Así como los fóbicos, psicópatas, psicasténicos, psico-neuróticos, ticosos mentales, deprimidos y angustiados.

Con respecto a los toxicómanos, es posible su tratamiento en el hospital psiquiátrico, cuando la hospitalización es voluntaria y el pedido de desintoxicación ha sido expresamente solicitado bajo su firma por el toxicómano, como sucede en Francia o Estados Unidos y algunos países de Europa.

Los alienados peligrosos, los crónicos e incurables deberán ser colocados en los Asilos, Hospitales y Colonias.

El Hospital Psiquiátrico deberá tener como característica, el estar condicionado en forma de hogar, sin la riguidéz decorativa de los Hospitales y Clínicas generales.

Deberá ser un organismo diferenciado, condicionado en forma atrayente, es decir, debe ser un verdadero hogar para el enfermo.

Por otra parte, deberá estar dotado de todos los elementos y laboratorios que permitan todas las investigaciones y la aplicación de todos los tratamientos que sean necesarios para una asistencia científica y eficaz.

Consideramos que el Centro Psiquiátrico autónomo y diferenciado de Aconcagua, debe funcionar en un mismo edificio en el que se encuentren bajo una sola dirección técnica, económica y administrativa; la Liga de Higiene Mental, el Dispensario y el Hospital Psiquiátrico.

Este Centro Psiquiátrico de Aconcagua no debe estar anexado a ningún otro Centro Asistencial, pues la calidad específica de sus funciones, requiere un personal especia-

lizado y una organización económica y administrativa completamente autónoma.

En nombre de los sagrados intereses de la colectividad y en defensa de la salud mental de la población de Aconcagua, anhelamos que llegue a ser una realidad, la organización del Centro Psiquiátrico de Aconcagua.

Al terminar esta ligera exposición, deseamos que este Centro Psiquiátrico, sea la expresión de una obra científica en la que al tratamiento curativo moderno de las psicosis, se aune la riqueza en los medios de investigación y de estudio, que deben mantener al personal todo, no sólo al corriente de los nuevos métodos de profiláxia y curación, sino también en un nivel muy elevado de cultura, indispensable a todo médico alienista, el cual debe reunir condiciones de observador, de psicólogo, de educador y esencialmente humanas.

Christine Galitzi

El servicio social psiquiátrico y la clínica de conducta en los Estados Unidos

El Servicio Social Psiquiátrico Profesional nació en los Estados Unidos en 1918 con la creación de la Escuela de Servicio Social Psiquiátrico del Smith College de Northampton, Massachussets. Este acontecimiento había venido preparándose con el trabajo de vanguardia realizado por las Clínicas de Psiquiatría, que desde 1900 comenzaron a funcionar en los hospitales generales de Boston, Nueva York, Cleveland y otros, con un personal únicamente médico. Poco a poco, no obstante, entraron a colaborar los psicólogos y las Visitadoras hospitalarias. Estas Clínicas, anexas a los servicios neurológicos, tuvieron como objetivo principal el tratamiento clínico de los enfermos mentales hospitalizados. Más tarde, con los progresos de la higiene mental iniciada por Clifford Beers, y la labor de propaganda llevada a efecto por el Dr. Frankwood E. Williams, se amplió su campo de acción y empezaron a ocuparse de los psicópatas no hospitalizados.

Finalmente, las Clínicas se dividen en curativas y preventivas. Estas últimas se independizan de la tutela de los hospitales y se convierten en organismos dedicados por completo a una obra de higiene mental juvenil, relacionada con las obras pre-escolares y escolares. De esta manera, nacen en 1920 las primeras Clínicas de Conducta, cuyo rol principal consiste en descubrir desde la más tierna infancia las reacciones mentales y emotivas defectuosas de los niños, que podrían degenerar, si no se las trata, en hábitos viciosos perjudiciales para la salud del adulto.

De entre las primeras Clínicas de Conducta creadas

en los Estados Unidos se halla la de la Escuela de Servicio Social de Nueva York (1921), verdadero laboratorio para prevenir la delincuencia infantil. De entonces acá han ido desarrollando su campo de trabajo, para abordar en el momento presente todos los problemas de la infancia, desde la enuresis, la costumbre de chuparse el dedo meñique, los complejos de inferioridad y superioridad, la cleptomanía y la cimarra, hasta la vagancia, la delincuencia y la sexualidad prematura.

Los estudios más recientes, como los de Elise H. Martens y Helen Russ, y la Dra. Kenworthy y Leta H. Hollingworth (1), demuestran que estos problemas no son únicamente propios de los niños, sino que se presentan al igual en los normales y superdotados. En otras palabras: se hallan en estrecha relación con la adaptación de la infancia al medio por demás complejo de la vida moderna. Es por este motivo, que las Clínicas de Conducta adquieren cada día mayor importancia, y que se las liga al sistema educacional, tomando en cuenta que la salud mental del niño tiene tanto valor como su salud física, y que de la armonía de ambas depende el equilibrio y la adaptación social del futuro ciudadano. No es, pues, de asombrar que en diez años, de 1920 a 1930, su número en los Estados Unidos haya alcanzado la cifra de 600 (2). Desde esa fecha han continuado aumentando rápidamente, sobre todo después de la campaña anti-delictuosa emprendida a partir de 1933 por el Gobierno Federal, y de las subvenciones de un 50% concedidas a los 48 Estados de la República con el objeto de estimular la creación de nuevas Clínicas de Conducta. Contribuyen además algunas instituciones como la Commonmealth Fund y la Asociación de Higiene Mental, en esta labor que asegura la estabilidad emotiva del niño y del adulto por medio del mejor conocimiento de sus reacciones frente a los problemas de adaptación a las exigencias de la vida social.

La organización de estas Clínicas de Conducta compren-

(1) Martens Elise H. y Russ Helen: ADJUSTMENT OF BEHAVIOUR PROBLEMS OF SCHOOL CHILDREN.—United States Department of the Interior. Washington 1932. Bulletin N.º 18. Pp. I.
Dra. Kenorthy, Marion E: SOCIAL MALADJUSTMENTS IN THE INTELLECTUALLY NORMAL.—First International Congress on Mental Higiene, 1932. Pp. 26.
Hollingworth, Leta, S: THE CHILD OF VERY SUPERIOR AS A SPECIAL PROBLEM IN SOCIAL ADJUSTMENT.—First International Congress on Mental Hygiene. Pp. 47.
(2) Primera de las obras citadas. Bulletin N.º 18, Pp. I.

de el personal técnico, formado por un médico, un psiquiatra, un psicólogo, y la Visitadora psiquiatra, y el personal administrativo (secretario, dactilógrafo, telefonista, etc.) que vela por la buena marcha del establecimiento. El personal técnico trabaja en estrecha colaboración para examinar, seleccionar y tratar a los niños que le son enviados por las autoridades escolares, las obras sociales, los tribunales de menores, los padres de familia, o los vecinos. Cada uno de los médicos hace un examen detenido del niño, a fin de darse cuenta de las dificultades pasadas que han dejado huellas en su carácter. Por otro lado la Visitadora psiquiatra, con su doble preparación en el campo del caso social y en el conocimiento científico de los problemas de conducta normal y anormal, contribuye con eficacia a la labor que desarrollan los especialistas. La investigación individual y social que realiza del cliente, de sus padres, del medio en el cual se desenvuelve la vida del niño, y de las reacciones psicológicas de las personas que lo rodean y tienen influencia en su conducta, proporcionan al médico datos preciosos, tales como:

La historia social del niño, incluyendo fuentes de información, entrevistas de la Visitadora con la familia u otros interesados, la historia de la familia, las relaciones conyugales de los padres, el hogar, los hermanos, y la historia de su desarrollo físico, psíquico y sexual, a más de su vida escolar, ocupaciones, distracciones, condiciones de compañerismo, conducta, actitudes y características principales (3).

Este informe psico-social presentado por la Visitadora facilita el diagnóstico del médico especialista, y el estudio del tratamiento que conviene. Y es precisamente en este último punto, en el tratamiento, en la reeducación psíquica del niño, donde la Visitadora juega su rol de mayor importancia. A ella le corresponde seguir las indicaciones de los médicos e interpretarlas al pequeño y a todos los que le rodean. Por la Visitadora el niño conoce el mecanismo de sus reacciones y llega, poco a poco, a dominar sus tendencias y a mejorar su carácter, mientras ella sigue pacientemente los progresos de su transformación, sin descorazonarse por su lentitud o por las recaídas, siempre probables. De esta manera, la Visitadora que ha logrado corregir por tres meses a un chico de su cleptomanía, no pierde el valor si después de seis reincide en su tentación. Alargando estos períodos de esfuerzo de la voluntad, el paciente llega a curar-

(3) Lee. Porter R. y Kenworthy, Marion E: MENTAL HYGIENE AND SOCIAL WORK.—N. Y. The Commonwealth Fund, 1931. Pp. 294, 2301.

se por completo de su mal hábito o de su tendencia inconsciente.

Para comprobar la eficacia de sus directivas la Visitadora recurre todas las semanas, o cada quince días, al médico psiquiatra, juez supremo del caso y única persona capacitada para controlar el tratamiento por él prescrito, para cambiarlo o reconocer la necesidad de nuevos exámenes psicológicos de tests mentales. De entre estos últimos emplea, fuera de los de Binet-Simon, Terman, Kuhlman y Kohs, los de Rorschach, que miden la inteligencia y juzgan la influencia de la vida emotiva sobre las inhibiciones o expansiones del funcionamiento intelectual, y las tendencias hacia la introversión y extraversión.

La Visitadora en otros casos, como en el de Jorge, un muchacho de trece años que al llegar a la pubertad transformó el afecto y la admiración que sentía por la que lo había salvado de la vagancia y del influjo de los "gangsters" en un sentimiento libidinoso, debe combatir la desviación haciéndose reemplazar por otra Visitadora, con el objeto de ayudar al muchacho a dominar sus inclinaciones y a mirar la vida en forma más objetiva.

En muchas circunstancias, si bien el interés de la Visitadora y de las Clínicas de Conducta esté puesto en la infancia, son los padres o adultos que rodean al niño los que requieren el trabajo de reeducación. Como ejemplo podría citarse el caso de una madre que se presentó a la Clínica de Conducta de Nueva York, quejándose de la falta de sociabilidad y de afecto de su hijita. Con la ayuda proporcionada por la investigación social de la Visitadora, no fué difícil para el psiquiatra descubrir que la madre padecía de una anomalía de sus sentimientos. Jamás había deseado tener hijos, detestaba a su marido y descargaba todo su furor en la niña, atribuyéndole los defectos del padre. Parece inútil agregar que el carácter de la pequeña era excelente y que el médico, con el concurso de la Visitadora, logró reeducar a la madre y hacerla ver la desviación que su maternidad no deseada le había provocado.

El tiempo nos falta para ilustrar con mayores ejemplos la variedad de problemas que abordan las Clínicas de Conducta. Debe tenerse presente, no obstante, que la contribución que aportan a la comunidad es triple con el tratamiento clínico de los niños-problemas, la reeducación del niño normal o superdotado y de los padres, y la coordinación de todas las obras que miran a la salud mental del fueuro ciudadano. Este último aspecto es el más interesante dentro movimiento de higiene mental aplicado a la infancia. Cali-

fornia es el Estado que proporciona el más perfecto ejemplo de colaboración científica entre las diversas instituciones que se interesan por los niños. En 1929, Los Angeles y Berkeley, crearon Consejos de Coordinación que permiten la discusión semanal de todos los casos de mala conducta infantil, no sólo entre los médicos, psiquiatras, miembros de las Clínicas de Conducta, representantes de la Sanidad, de la policía, de las oficinas de bienestar, y las Visitadoras psiquiatras, sino también entre los educadores y todos los que se preocupan de la salud de la infancia.

En esta forma el rol de las Clínicas de Conducta y de la Visitadora psiquiatra —lazo de unión entre estas últimas y las obras sociales— sobrepasa el cuadro estrecho del individuo y su familia interesando a la colectividad en el conjunto de problemas capitales de la niñez y en su solución objetiva y científica, por medio del psicoanálisis, la reeducación mental moderna, y la adopción de medidas generales de mejoramiento social como los centros de recreo, las bibliotecas infantiles, etc.

En los otros Estados de la Unión Americana donde aún no se ha seguido el ejemplo de California, los Consejeros de los Estudiantes, que pertenecen al personal docente de las escuelas y que tienen una preparación técnica, se preocupan de los problemas generales de los alumnos y los ponen en conocimiento de las Clínicas de Conducta cuando no pueden solucionarlos sin la ayuda del psiquiatra.

No es, pues, una utopía entrever la posibilidad de un desenvolvimiento cada vez mayor de las Clínicas de Conducta y del Servicio Social psiquiátrico, obras que aseguran a la juventud del mañana la salud mental y la adaptación armoniosa a la vida que son condiciones esenciales para todo bienestar cívico.

Olga Carbonell

Jefe del Servicio Social del Manicomio Nacional de Santiago de Chile

Importancia del servicio social en la asistencia de alienados

El Servicio Social en el Manicomio de Santiago

INTRODUCCION

No se crea que es este un trabajo con aspiraciones científicas. Sólo se trata de una breve exposición, de la creación, desarrollo y organización actual del Servicio Social en el Manicomio, con las experiencias recojidas a través de siete años de labor.

Si hoy reconocemos ya, la importancia suma que tiene el Servicio Social dentro de la actual organización de las Obras de Asistencia Social, Industrias, Juzgados, Reformatorios, Escuelas y aún en las Fuerzas Armadas, con mayor razón, debemos reconocer la enorme importancia que tiene el Servicio Social en un Establecimiento de Alienados.

Por la naturaleza misma de los enfermos que se asilan, por su incapacidad legal, para actuar ante los innumerables problemas y conflictos que casi siempre dejan tras de si al ingresar a un Manicomio, la Visitadora Social es la llamada a sustituirlos y velar porque sus derechos sean respetados, evitando el que sean despojados de los bienes a que tengan derecho, o a los privilegios a que son acreedores. Por otra parte la Visitadora Social al trabajar en colaboración con el médico, ayuda por intermedio de sus encuestas-informes al mejor estudio del enfermo, ya que es ella la que irá a ponerse en contacto con los parientes, amigos, patrones e instituciones que han conocido e intervenido en la vida pasada del asilado. Es la Visitadora la que en caso de mala si-

tuación económica de la familia del enfermo, restablecerá el equilibrio económico en forma definitiva o temporal, según se trate de un caso de enfermedad curable o incurable.

INAUGURACION

El Servicio Social creado en Chile en 1925, a iniciativa del Dr. Alejandro del Río, se implantó primeramente en los Servicios Hospitalarios en 1926 y sólo en 1930 en el Manicomio de Santiago. Cúpome la honra de su organización.

Debido al desconocimiento y falta de preparación especial, sobre Servicio Social Psiquiátrico, ya que por ser nosotras las primeras Visitadoras que ingresaban a un Servicio de Alienados, nuestra labor se desarrolló en sus comienzos en forma titubeante y lenta. Emprendíamos una directiva que luego debíamos abandonar, aceptando una idea para ver después en la práctica que no era posible seguirla, y así vacilando y tropezando, desanimándonos a veces ante la enormidad de la labor por realizar, fué organizándose el Servicio, el que al cabo de dos años de labor, pudimos declarar organizado, si no en forma perfecta, al menos era lo más perfecto que se podía obtener dentro de los escasos medios de que disponíamos.

Pero antes de seguir adelante, quiero haceros una confidencia, éramos dos Visitadoras para una población de más de 3.268 enfermos, a lo que hay que agregar la atención del personal masculino y femenino de Servicio que suma alrededor de 550. A esta enorme población que atender hay que agregar el inconveniente, de que el Establecimiento está dividido en tres secciones, la Sección Central, el Open Door en los alrededores de Santiago, y la Quinta Bella en las afueras de la ciudad.

DESARROLLO

La Dirección del Establecimiento, dándose cuenta del recargo enorme de trabajo que teníamos las dos Visitadoras, en 1934 aumentó a tres el número, proporcionándole también una secretaria. En 1935 el número fué aumentado a cuatro, número que se conserva hasta hoy.

Esta dotación, como se comprenderá está muy lejos de ser siquiera la estrictamente necesaria, ya que en la Ley Orgánica y Reglamentos vigentes de los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social dice: "En general se propenderá a obtener la proporción de una Visitadora por cada 100 camas". Como se ve, los organismos mismos, han visto que es

imposible para una Visitadora, el trabajar en forma eficiente con un número excesivo de enfermos a quienes atender, pues en esta forma su labor no podrá ser todo lo fructífera que debe, ni podrá tampoco profundizar o estudiar a fondo los problemas que se le vayan presentando, debiendo limitarse solamente a resolver en forma rápida y ya casi mecánica los casos urgentes y graves que se le presentan.

En lo que respecta a la organización misma del Servicio dentro del Manicomio, el trabajo está repartido por secciones entre las cuatro Visitadoras. Una Sección Observación para cada una, y el trabajo de los departamentos de crónicos está repartido equitativamente. Además una de ellas debe atender el Policlínico Neuro-Psiquiátrico que funciona anexo al Manicomio. También debe atenderse a los enfermos de los pensionados cuando ellos lo solicitan o el médico pide alguna encuesta especial; este hecho no sucede con ningún otro Establecimiento Hospitalario.

Para una mayor comprensión y abreviar la enumeración de las distintas actividades del Servicio Social, copio el Reglamento Interno y que está en vigencia desde 1934, Reglamento este que es susceptible a modificaciones a medida que las necesidades del servicio así lo requieran.

1.º—La Oficina de Servicio Social funcionará diariamente de 9 a 12 M., y en las tardes se harán turnos rotativos.

2.º—La Secretaría atenderá de 9 a 12 M. y de 2.30 a 6.30 P. M.

3.º—Semanalmente una de las Visitadoras irá al Open Door y Quinta Bella, fijándose los días y horas de asistencia de acuerdo con el Médico-Jefe del Servicio.

4.º—Hará las encuestas-informes, solicitadas por los Médicos, solicitando antecentes hereditarios, personales y del comienzo y evolución de la enfermedad a todas aquellas personas que han tenido contacto con el enfermo. Datos estos que se solicitarán personalmente si se trata de enfermos de Santiago y por carta cuando se trate de enfermos de provincia.

5.º—Preocuparse de la salida de los enfermos dados de alta, ya sea yendo a dejarlos a su domicilio cuando no sean retirados a tiempo, o embarcándolos en la estación cuando sean enfermos de provincia.

6.º—Fiscalizar la remuneración recibida por los enfermos en su trabajo y en general de todo dinero que reciban, viendo que sea bien invertido.

7.º—Presentar al médico respectivo aquellos enfermos que se considere que pueden salir con permiso.

8.º—Tramitar y cobrar las pensiones, jubilaciones y sub-

sidios de los asilados y enviar los respectivos giros a las familias.

9.º—Pedir ropas a las familias o apoderados de aquellos enfermos que están abandonados.

10.º—Comprar ropas y golosinas a aquellos enfermos que disponen de fondos para ello y no cuentan con una persona para estos fines.

11.º—Buscarle ocupación a aquellos enfermos que no tienen familia y han sido dados de alta.

12.º—Tratar de conseguir, ya sea de la familia o Instituciones de Beneficiencia Privada, el pago de pensiones a aquellos enfermos que se encuentran en patios de indigentes y cuenten con medios para ello.

13.º—Mantener correspondencia con la familia a fin de evitar el posible abandono de los asilados.

14.º—Tramitar la sepultación de los enfermos fallecidos a quienes no ha sido posible encontrarle la familia al momento de fallecer.

15.º—Velar porque sus intereses, bienes, propiedades, les sean respetados y dar cuenta a la Dirección de toda irregularidad que se compruebe en tal sentido.

16.º—Conseguir tratamientos médicos para los hijos y familiares del asilado.

17.º—Arreglar las situaciones económicas de las familias, producidas por la enfermedad del jefe del hogar.

18.º—Atender el personal subalterno en caso de enfermedad y cuando ellos lo soliciten.

19.º—Llevar un libro diario del trabajo efectuado, el que será revisado diariamente por la Dirección.

Para dar una idea más exacta del trabajo, copiaré una encuesta informe y otra de orden económico.

E. C. U. de nacionalidad chilena, 27 años de edad, carabinero en provincia, soltero, ingresa al Establecimiento enviado por la Fiscalía Militar, procesado por homicidio. Se le envía a fin de que se dictamine sobre sus facultades mentales en el momento de cometer el delito. Llega sin antecedentes de ninguna clase ni copia del proceso.

Encuesta:

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Una tía enferma falleció en el Manicomio. Los padres padecían de Tbc. pulmonar y fallecieron a consecuencia de ello. Fueron 13 hermanos, fallecieron 11 de Tbc., sólo viven dos, el enfermo y una hermana que es aparentemente normal.

ANTECEDENTES PERSONALES

Su infancia fué normal, enfermizo de niño. A la edad de 15 años sufre una caída de caballo y pierde el conocimiento por algunas horas. En 1930 encontrándose de carabinero en Iquique vuelve a caerse del caballo, con pérdida del conocimiento por espacio de dos horas más o menos. Ese mismo año estuvo hospitalizado en el Hospital San Vicente desde el 14-7 a 21-7 y se le diagnosticó un "Chancro Sifilítico del Pene". De instrucción casi nula al ingresar a Carabineros a la edad de 20 años, logra aprender algo más. De niño su carácter era dócil, obediente y cariñoso. En Agosto de 1934 se le practicó un examen de sangre el que fué positivo con tres cruces.

Al cometer el delito por el que se le procesa E. C. U., hacía cuatro meses que se había reincorporado a Carabineros, habiendo sido destinado a Cauquenes; según sus jefes demostró tener capacidad y era aprovechado en la instrucción que recibía. Había sufrido un arresto de 15 días por presentarse ebrio al servicio.

MOTIVO DE SU INGRESO AL ESTABLECIMIENTO

El día 13 de Febrero de 1934, a las 21 horas, se encontraba formado en uno de los corredores de la Comisaría de Cauquenes, de regreso del tercer turno, recibiendo las novedades el jefe de él, Sarjento 1.º, C.B. En esos momentos salió de la pieza de guardia el 1.º M., a imponerse de las novedades, parándose al costado izquierdo de la puerta. de ahí dirigió una mirada al grupo y dirigiéndose a E. C. U., le dijo: "Ud. viene curado al servicio, a Ud. mi amigo, le va a llegar al sagrado perno"; acto seguido se oyó una serie de disparos que dieron en el cuerpo de M. El carabinero E. C. U. disparó además un balazo al Sargento B., sin alcanzar a herirlo, arrojó enseguida el revólver dentro de la oficina y trató de huir, pero fué aprehendido por el personal.

Examinado momentos después de su detención, se le encontró demostraciones de haber bebido, lo que fué comprobado más tarde en los interrogatorios y declaraciones de los testigos.

Según declaraciones de algunos compañeros, E. C. U., habría estado algo nervioso durante el día, además de algo raro lo que atribuyeron a que no había dormido la noche anterior por estar de turno. Sus compañeros lo tenían por un buen sujeto, pero de mal carácter.

En cuanto a las causas del delito, se cree que sea, el que en la tarde del 12 de Febrero, el jefe de la Unidad lo llamó y amonestó a raíz de un reclamo presentado en su contra por una mujer con la cual mantenía relaciones amorosas y de la cual tenía un hijo. El jefe le habría notificado que se instruiría un sumario y si resultaba efectivo el hecho sería castigado. Además la tarde del 13, día del hecho había sido citado a presentarse ante el jefe lo que no hizo, por lo que se le llamó la atención.

Durante los 10 meses que E. C. U. estuvo recluído en la Cárcel de Linares, donde se le había trasladado, su comportamiento fué bueno, pero con la gente que alternaba era a veces nervioso. Se dedicaba a zapatería y según un compañero, se alteraba su carácter por cualquiera cosa que se le perdiera, tartamudeando por enojo.

En las interrogaciones que se le hacían, le costaba expresarse y pestañaba, se ponía nervioso y de algo que quería explicar no se acordaba. En una ocasión el Alcaide de la Cárcel, quiso nombrarlo representante de los reos en la Comisión de Rancho, pero le contestó que no aceptaba porque no retenía ni los nombres, cuentas, ni operaciones. Sus compañeros de dormitorio han declarado que hablaba dormido y que a veces sobresaltado se erguía sobre la cama.

Los antecedentes anteriores fueron proporcionados por la hermana, el Fiscal, y del proceso mismo.

Encuesta económica:

O. S. L., 36 años, casado, tres hijos menores, el padre ingresa al Establecimiento el 20-9-31. La esposa vive de allegado a una familia con su hija mayor, la abuela paterna tiene los otros dos niños.

Labor social desarrollada:

Se consigue duplicado de la libreta del Seguro, y se le tramita pensión de invalidez, consiguiéndosele $ 86.47. De los cuales se entregarán $ 70 a la esposa. Además se consiguen $ 45 en bonos del Consejo de Defensa del Niño.

Como se comprobara posteriormente que la madre es una mujer floja y descuida a los hijos, se arregla la situación de manera de entregar $ 20 a la hija mayor y los $ 50 restantes se repartirán entre los dos menores. El dinero no se entrega directamente a la abuela sino que se le invierte en las cosas que más les hagan falta, es así como se le com-

pra un abrigo a la mayor, cotí para colchón de los dos menores, se compran sábanas, mamelucos, zapatos.

En vista que la mayor no dura en las ocupaciones en que ha estado y además últimamente se vió envuelta en el robo de un reloj se resuelve internarla a fin de que aprenda algo. También se tratará de internar a los dos menores debido a que la abuela por ser de mucha edad no puede preocuparse de ellos. Se le consigue vacante en el Asilo del Salvador para las chicas, previo pago de $ 70 mensuales, al niño en la Casa Nacional del Niño.

A fin de poderlos internar se consigue en Cesantía dos fundas de colchón, dos sobrecamas, y con la pensión se les compra 20 metros de tocuyo y útiles de aseo. Cuando se tiene todo listo se avisa a la madre, la que ha desistido de internar a la mayor, llevándose solamente a las Monjas a la menor, por la cual se pagará $ 40 mensuales. Se le advierte a la madre que la V. S. se desentiende de lo que pueda ocurrirle a la mayor por cuanto ella ha perdido la oportunidad para encerrarla.

Se lleva al niño a la Casa Nacional del Niño de donde es trasladado en colocación familiar en el Fundo Crucedal. Se le visita y se le lleva ropa y zapatos.

Para Pascua se le compra sandalias y un overall al niño, y ropa interior y vestido a la niña. Además como regalo de Pascua se les lleva un monopatín al niño y una muñeca a la chica, se visita a ambos para esa fecha.

Tal es en síntesis la labor desarrollada con la familia de un asilado y cuya situación económica es mala.

CONCLUSIONES

Por lo anteriormente expuesto, se habrá visto la gran amplitud que tiene el Servicio Social dentro de un Manicomio, la que podría ser mucho más vasta si el número de Visitadoras fuera mayor.

La labor que podría desarrollarse sería la siguiente:

1).—Llevar una ficha a todo enfermo que ingresa al Establecimiento a fin de clasificarlos y si en un caso dado precisa del Servicio Social, este podría obrar más rápidamente pues conocería al enfermo, su ubicación y aún su familia.

2).—Encuestar a todos los enfermos ya existentes, entre los cuales es muy posible que existan problemas que sería conveniente conocer y solucionar.

3).—Los enfermos que salen de alta y son de Santiago, debería vigilárseles, hacerles seguir los tratamientos pres-

critos por el médico; ayudarlos en la búsqueda de un trabajo adecuado, educar a la familia y patrones en el trato que debe darse a un ex-enfermo.

4).—Dentro del Establecimiento hay una enorme cantidad de enfermos, que podrían vivir fuera, a estos podría colocárseles en familias, donde desempeñarían pequeñas labores que por supuesto deben ser remuneradas, controlándose todo esto por intermedio del Servicio Social, a fin de vigilar que el enfermo no sea explotado ni maltratado y que invierta en debida forma lo que gane.

5).—Con la familia de los asilados, hacer hasta donde sea posible labor de Higiene Mental, en el sentido de estudiar y orientar a los hijos de los alienados en la elección de sus profesiones, facilitándoles los medios de que carezcan, solucionándoles sus dificultades y haciéndolos asistir a los Policlínicos Psiquiátricos o Clínicas de Conducta cuando sea necesario a fin de evitar dentro de lo que sea posible que con el tiempo sean también psicópatas.

Pero toda esta labor no podrá llevarse a la práctica si no se reúnen dos requisitos que yo considero indispensables:

a) Aumentar el número de Visitadoras de acuerdo con las exigencias del servicio.

b) Trabajar en el sentido de que en los estudios de las Visitadoras Sociales, la Psiquiatría forme parte de su preparación técnica, debiendo las que se especializan en Servicio Social Psiquiátrico recibir una instrucción más completa en tal sentido.

Los norteamericanos, así lo han comprendido y estiman que la enseñanza de la Psiquiatría es necesaria a toda Visitadora Social, pues así podrá asumir una actitud más científica ante cualquier problema que se le presente, trabaje o no en Higiene Mental. Estos conocimientos le permitirán apreciar con exactitud las condiciones biológicas, psicológicas y sociales de los casos que trata y discernirá entonces en cada ocasión las condiciones psicopáticas de sus clientes a los que podrá guiar hasta los Policlínicos de Higiene Mental y el Servicio Social sería entonces un maravilloso agente de profilaxia mental.

Dr. Luis Cubillos L.

Psiquiatra del Manicomio Nacional y del Instituto de Criminología

El problema de la asistencia médico-social de los alienados delincuentes

Antes de entrar en la materia misma de nuestro tema, estimamos de interés precisar algunos conceptos sobre lo que debe entenderse por alienados delincuentes y delincuentes alienados, términos que a menudo se confunden. Se llaman alienados delincuentes a aquellos sujetos cuyo estado de alienación era anterior al delito, es decir, que realizaron su acto antisocial en pleno estado de trastorno mental y delincuentes alienados a aquellos cuya perturbación mental se produjo después de cometido el delito, ya sea durante el proceso o mientras cumplen su condena.

Si bien es cierto que esta doble denominación puede tener un relativo valor jurídico; sin embargo para los efectos de la asistencia y tratamiento médico que es lo que debe interesar, carece de importancia. No se puede ni se debe admitir dentro de los postulados de la medicina y de la clínica psiquiátrica diferencia en la apreciación de este problema, los unos y los otros son antes que todo enfermos mentales y como tales deben ser tratados.

Por otra parte, en lo que respecta al concepto de peligrosidad que es una de las bases de la moderna estructuración del Derecho Penal, tampoco caben diversidad de pareceres. La peligrosidad de estos sujetos como muy bien dice Loudet, no puede depender de que hayan delinquido antes de ser alienados o después de serlo. Su índice de peligrosidad es la resultante de su trastorno mental. Debemos partir

del principio que todo alienado es un sujeto peligroso, aunque no haya cometido un acto antisocial, lleva en sí una peligrosidad en potencia. Se podrá hablar de enfermos mentales más o menos peligrosos; pero el antecedente judicial de haber cometido un delito no es suficiente para deducir de él, el índice o grado de peligrosidad. Este lo dará en primer lugar, el diagnóstico clínico.

Después de esta breve exposición, estamos en situación de abordar el tema de nuestro trabajo.

Establecido el principio que tanto los alienados delincuentes y delincuentes alienados son enfermos, su asistencia médica no puede verificarse sino en Hospitales Psiquiátricos. Las modalidades de éstos y su ubicación podrán variar; pero la necesidad de un establecimiento apropiado para ellos no admite discusión.

En cuanto a la ubicación y modalidades de estos salta a primera vista que tres pueden ser las soluciones y tres han sido en verdad las soluciones que se le han dado a este problema.

I.—La instalación de un establecimiento autónomo, enteramente aislado.

II.—La construcción de Anexos Psiquiátricos adjuntos a los establecimientos penales, y

III.—El establecimiento de Anexos o pabellones especiales en los Manicomios comunes.

Nos vamos a referir aunque sea en forma somera a cada uno de estos sistemas; para ver al mismo tiempo sus ventajas y desventajas con el fin de poder aconsejar cual de las tres modalidades conviene más a nuestro país.

El primer sistema se ha adoptado en algunos países de Europa, como Inglaterra, Italia y Estados Unidos.

Inglaterra fué el primer país en abordar y darle solución a este problema, estableciendo por primera vez en 1863 el célebre asilo o Manicomio Judicial de Broadmoor (Ihe Broadmoor Criminal Lunatic Asylum). En él se internan tanto los alienados criminales como los procesados o condenados que den señales de trastorno mental.

Italia funda en 1891, tres Manicomios Judiciales en Reggio Emilia, Aversa y Montelupo Fiorentino.

En América del Norte son conocidas las espléndidas instituciones de esta naturaleza, especialmente el Matteawan State Hospital y el Dannemore Hospital for insane convicts.

En cuanto, ahora, a la bondad de este sistema, parece a primera vista que fuera la solución ideal. Es cierto que en países grandes como los que hemos nombrado, sus resultados han sido satisfactorios; sin embargo para países

pequeños tiene sus inconvenientes. En primer lugar no se justifica la creación de un establecimiento tan completo para un número relativamente pequeño de dementes. Exigen, además, como se comprenderá, un personal numeroso y especializado, que difícilmente se puede reclutar en nuestro medio. Por estos motivos y otros más que sería largo enumerar, no lo estimamos como la solución deseada para nuestro país.

El segundo sistema o modalidad consiste en tener en las Penitenciarías y establecimientos penales, pabellones o Anexos Psiquiátricos para el internamiento y tratamiento de los alienados delincuentes.

Este sistema se ha seguido en Bélgica y en algunos estados de Alemania. Tiene su más entusiasta defensor en el Dr. Vervaeck, Director del Servicio de Antropología de las prisiones belgas. En diversos trabajos publicados sustenta la posibilidad y la utilidad del tratamiento de todos los delincuentes normales y anormales dentro de los establecimientos penales.

A nuestro modo de pensar y en lo que se refiere a su aplicación en Chile tiene un grave inconveniente, cual es la imposibilidad material debido a lo extenso de nuestro territorio de tener Anexos Psiquiátricos en los diversos establecimientos penales del país y a la dificultad absoluta de encontrar personal especializado que pudiera atenderlos. Además el número relativamente reducido de los sujetos que necesitan esta atención no justificaría tampoco el gran desembolso que ello significaría.

El último sistema consiste en tener pabellones especiales agregados a los Manicomios comunes. Esta modalidad la tiene Francia, algunos estados norteamericanos y alemanes. En Sud América, Argentina, algunos estados del Brasil como el de Sao Paulo (con su nuevo y magnífico Manicomio Judiciario adjunto y dependiente del Hospital de Psicópatas de Juquerí) y por último aunque más aparente que real en nuestro país. Decimos así, porque como veremos más adelante, este problema aún no tiene entre nosotros una solución satisfactoria.

Actualmente la asistencia y reclusión de los alienados criminales, procesados y condenados presuntos alienados, se hace en un patio de la Casa de Orates que no ofrece ni la más mínima exigencia de seguridad que debe tener un servicio de esta naturaleza.

Por otra parte la misma atención de los enfermos delincuentes adolece de graves defectos debido a la falta de un organismo técnico médico-judicial que tenga a cargo su asistencia y tratamiento. Esta función está dividida en tres

instituciones, de actividades totalmente diferentes, como es el Poder Judicial, el Instituto de Medicina Legal y la Casa de Orates. Y aún más, según un reglamento actual, la atención hospitalaria de los reos declarados alienados, debiera estar a cargo del Instituto de Medicina Legal; sin embargo lo hace la Beneficencia sin tener la obligación de hacerlo y sin contar con los elementos necesarios con que llevarlo a cabo.

Por último hay que tomar en cuenta que la asistencia de este tipo de enfermos es dificultosa por encontrarse entre ellos amenudo enfermos peligrosos, agresivos, con tendencia a las fugas, etc., especialmente entre los procesados presuntos alienados y los simuladores.

Estas deficiencias y otras muchas más como ser la estrechez del local (hay actualmente capacidad sólo para 75 enfermos, siendo indispensable un número mucho mayor que fluctúa entre 120 y 150); esto obliga el rechazo contínuo de enfermos mentales que deben permanecen en la Penicenciaría y otros establecimientos penales, con las perniciosas consecuencias tanto para los demás reos como para ellos mismos. Además, la ninguna seguridad que ofrece el Patio de Reos de la Casa de Orates, hace que los presuntos alienados en observación y los simuladores tengan una verdadera válvula de escape y pretendan por todos los medios a su alcance, obtener su traslado a este establecimiento. Esto como se verá es gravísimo tanto para la correcta administración de justicia como para el prestigio de los informes médico-psiquiátricos y para la Medicina Legal en general .

Todas estas deficiencias las estamos palpando día a día y sin embargo nada se ha hecho por remediarlas apesar de los repetidos informes presentados por la Dirección de la Casa de Orates.

Ante la magnitud e importancia que ofrece este problema debemos preguntarnos qué solución es la más conveniente.

Nos parece oportuno recordar aquí la frase de un autor al preguntársele sobre la eficacia de cada sistema de los que hemos expuesto. Decía este autor: los tres sistemas son igualmente buenos, depende solamente de las condiciones del medio y de las circunstancias del momento.

Es en este sentido como creemos debe enfocarse el problema. Hay que tomar en cuenta nuestra idiosincracia, la precaria situación económica y el desconocimiento casi absoluto que hay de parte de las autoridades y sociedad en general sobre esta materia, a pesar de que ello envuelve medida protectora hacia ella.

De todas estas consideraciones y revisando los distintos aspectos que ofrece este problema, hemos estimado como la solución más adecuada, el ir a la creación de un establecimiento u Hospital Psiquiátrico de Seguridad o por lo menos de un pabellón adjunto a la nueva Penitenciaría Modelo en construcción. Hacemos hincapie en el nombre de Hospital Psiquiátrico de Seguridad y no de Asilo o Manicomio Judicial porque esta denominación está más de acuerdo con la finalidad que debe llenar un establecimiento de esta naturaleza. Desde el momento que son enfermos o presuntos enfermos quedan al margen o en suspenso la actividad judicial.

El Hospital Psiquiátrico de Seguridad estaría ubicado al lado de la Penitenciasía Modelo en terreno propio.

Estimamos de conveniencia construírlo al lado o adjunto a la penitenciaría por las siguientes razones: Con ello se economizarán, los gastos que demanda la instalación de laboratorios, secciones de cirugía, enfermería, Rayos X y de especialidades con que contará la nueva Penitenciaría. Además el servicio de vigilancia que le permite cumplir su función de seguridad estará más fácilmente garantida y por último sería también el complemento obligado del Servicio de Observación o Anexo Médico Criminológico de que estará dotado el primer establecimiento penal del país.

En cuanto a su organización debiera constar de dos secciones o pabellones: uno de Observación para los presuntos alienados, con una sub-sección especial para los sospechosos de simulación que estarían sometidos a una vigilancia estricta y otro Pabellón o Sección para la asistencia y tratamiento de los alienados declarados.

En lo que se refiere al financiamiento de su construcción, estimamos que podría costearse en parte con los fondos destinados a construcciones carcelarias y en parte con un aporte que podría ofrecer la Beneficencia y el Instituto de Medicina Legal que actualmente tienen a su cargo la mantención de este servicio.

Por último la dirección y administración interna de este establecimiento debiera estar bajo la supervigilancia de un organismo superior único, ya fuere la Dirección General de Prisiones o el Instituto de Medicina Legal, con el objeto de evitar las actuales dificultades derivadas de esta falta de unidad.

De las consideraciones y observaciones que hemos expuesto en el transcurso de nuestro trabajo, nos permitimos presentar para su aprobación a la Primera Jornada Neuro-Psiquiátrica del Pacífico las siguientes conclusiones:

1.—La asistencia y tratamiento de los alienados de-

lincuentes y delincuentes alienados debe verificarse en establecimientos especiales.

2.—Las modalidades y ubicación de estos establecimientos se ha efectuado siguiendo tres sistemas a saber: Instituciones autónomas; Anexos Psiquiátricos adjuntos a los establecimientos penales y pabellones especiales agregados a los Manicomios Comunes.

3.—La asistencia Médico-Social de los alienados delincuentes se hace actualmente en nuestro país en condiciones muy defectuosas e inadecuadas, y

4.—La urgencia y conveniencia de ir a la creación de un Hospital Psiquiátrico de Seguridad adjunto a la Nueva Penitenciaría.

Dres. Luis Cubillos L. e Israel Drapkin

Médicos del Instituto de Criminología

Importancia y valor real de los servicios de observación médico-criminológicos en la nueva técnica penitenciaria

La técnica penitenciaria es uno de los ramos o actividades de mayor importancia de la ciencia criminológica. Intimamente relacionada con los otros ramos de la Criminología como ser: el Derecho Penal, la Sociología, Biología, Pedagogía, Psicología y Medicina Legal, etc., recibe de estas ciencias sus inspiraciones y directivas que habrá de poner en práctica.

Es así como la técnica penitenciaria sólo se incorpora como ciencia y adquiere su aplicación práctica en los establecimientos penales, sólo cuando aquellas se desprendieron de su categoría de entidades o actividades metafísicas para transformarse en ciencias con bases biológicas y experimentales.

Se comprende que la técnica penitenciara se incorpora como tal sólo en el siglo XVIII y principios del XIX, cuando la Escuela Clásica con el ilustre Beccaria diera a luz en 1764 su célebre tratado sobre los "Delitos y las Penas", en el cual preconizaba nuevos sistemas carcelarios y penitenciarios que hicieran la vida de los presos más soportable y humanitaria, aconsejando medidas tendientes a su corrección y regeneración.

Antes de aquella época los establecimientos penales habían sido lugares de verdadero suplicio que alcanzan límites increíbles en la Edad Media, construyéndose edificios

en que se empleaban las torturas más inícuas, como los famosos establecimientos de los "Piombi di Venecia", "Los Hornos de Monza", "Las Jaulas de Hierro" y los múltiples instrumentos de tortura que empleó la Inquisición.

Llega así el sigio XVIII y todavía se conservaban las cárceles en un manifiesto estado de atraso y con régimen de torturas. John Howard ese gran filósofo y apóstol de la reforma penal en Inglaterra, recuerda en uno de sus escritos después de una jira por los principales establecimientos penales de Europa, los horrores de toda naturaleza, indignos de la humanidad, que se consumaban en dichos establecimientos.

Más tarde el Derecho Penal habría de enriquecerse con el aporte valioso de los estudios de la Escuela Positiva que dirigió sus miradas ya directamente a la observación del hombre delincuente con la Antropología, Psicología y Sociología Criminal. Se inicia con ella una nueva era no sólo para la Ciencia Penal, sino también para la técnica penitenciaria que completaba los primeros adelantos alcanzados con los sostenedores de la Escuela Clásica.

Conocido y estudiado el hombre delincuente en sus diversas modalidades y manifestaciones se pensó en el fin y objetivo que debieran llenar los establecimientos penales. Debemos hacer notar que fué Norte América la primera nación que desterró la cruel costumbre de mortificar físicamente al penado; para adoptar el sistema de considerar la cárcel como garantía de la sociedad, demostrando que ésta debiera hacerse cargo de la noble misión de enmendar y regenerar.

No vamos a hablar aquí ni tampoco creemos que es la ocasión de hacerlo, de que los varios sistemas que se idearon con este fin, ya sea el de Filadelfia, o celular extricto, el Mixto o de Auburn (aislamiento de los reclusos durante la noche y comunidad durante el día) o bien el de Croffton ideado por Walter Croffton de Irlanda en 1854 y que na dado espléndidos resultados en la regeneración de los delincuentes.

Nos vamos a referir sólo como hemos indicado en el título de este trabajo a la función y valor que desempeñan los servicios de Observación Criminológica en los establecimientos penales.

Se comprende que una vez aceptada la importancia del estudio y observación del delincuente que preconizaron los autores y discípulos de la Escuela Positiva y establecido el principio o postulado de que el acto delictuoso es el producto de condiciones físicas y psíquicas del hombre delincuente y de factores económicos y sociales; se pensara y

organizaran servicios especiales en las prisiones destinadas a la mejor orientación científica de estos establecimientos.

De acuerdo con estos principios el Dr. Vervaeck establece en 1910 el primer Servicio de Observación o Laboratorio de Antropología Penitenciaria que funcionó en el mundo en la célebre Prisión de Foret en Bélgica. Estos servicios se generalizaron más tarde a casi todas las prisiones belgas y a los principoles establecimientos penales de Europa y Estados Unidos.

En Sud América fué la Argentina uno de los primeros países en adoptar este sistema y se debe a José Ingenieros y a Antonio Ballvé la iniciativa en este sentido. Ingenieros fué el primero en establecer y dar normas al "Boletín Médico Psicológico" que se llevó en el Instituto de Criminología de la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires. En los otros países de Sud América como el Brasil, Uruguay, Perú, Colombia, etc., se han organizado servicios análogos y es de renombre mundial la magnífica organización penitenciaria de la célebre Penitenciaría de Sao Paulo.

En nuestro país hace sólo algunos años que se ha comprendido el verdadero valor de estos servicios y con este fin se ha establecido un Anexo o Servicio de Observación Médico-Criminológico en nuestra Penitenciaría. Su finalidad esencial como las de sus congéneres de otros países es la de estudiar las causas etiopatogénicas y sociales del acto delictuoso, analizar la personalidad del delincuente y llegar a una clasificación y conclusión criminológica. Con este fin, el penado una vez cumplidos los trámites previos para ingresar a la prisión, permanecerá durante un tiempo prudente en un lugar especialmente destinado a los reos en observación, a los cuales se les llevará una ficha o historial clínico que permita adoptar un régimen de vida y un tratamiento o terapéutica penitenciaria adecuada a cada caso.

La estructuración en líneas generales de esta ficha de la cual nos vamos a permitir hacer una pequeña reseña ha sido tomada en parte de los conceptos e ideas que en este sentido han vertido autores como Vervaeck, Ingenieros, Loudet, Estapé, etc., y en parte también del concepto que nos hemos formado personalmente después de algunos años dedicados a estos estudios, completados con el aporte de los diversos servicios de la Dirección General de Prisiones.

Comienza esta ficha con una introducción en que se anota la identificación del delincuente, para enseguida estudiar el delito en sus diversas caarcterísticas y modalidades, haciendo una anamnésis criminológica que tome en cuenta los antecedentes penales, la sentencia, las condiciones psicológicas y sociales especiales que pudieron haber influído en

la comisión del delito y por último la versión que el mismo sujeto hace del hecho delictuoso. Termina esta primera parte con una síntesis en que se anotan las conclusiones a que se hubiese llegado.

Cumplida esta primera etapa jurídico-penal como pudiéramos llamarla, se inicia la observación y estudio directo del delincuente. Con este fin se le somete a un examen antropológico y biotipológico que permita obtener datos y conclusiones de interés y que constituyan un aporte real para el estudio de la personalidad del delincuente. De acuerdo con este espíritu se han eliminado todos los antecedentes que pueden tener algún interés para el estudio racial del individuo, dejando sólo las indispensables y reservándole mayor espacio a la antropología física, analizando las medidas e índices craneanos y corporales.

Del examen antropológico se pasa al examen médico y de la constitución física. Se investigará cuidadosamente la herencia directa e indirecta y el pasado anormal o patológico del sujeto, que como sabemos, tiene considerable importancia en la predisposición y constitución psico-patológica y temperamental del individuo. Se hará en seguida un examen físico detenido que permita llegar a una noción más o menos clara sobre el estado de salud del penado.

Para complementar este estudio se han considerado una serie de pruebas farmaco-dinámicas con el objeto de evidenciar la reacción individual ante estímulos de diversa índole en relación con el funcionamiento del sistema nervioso-vegetativo y algunas pruebas endocrinológicas que tienen especial importancia en los modernos estudios criminológicos.

Completado así el examen físico y constitucional se entra al estudio y observación psicológica y psicopatológica del sujeto. Se investigarán las principales funciones y actividades intelectuales, afectivas e instintivas. Con el objeto de completar el estudio de la inteligencia se ha recurrido al método de los tests, a los cuales se le introducirán las modificaciones pertinentes a fin de adaptarlos a la mentalidad y características psicológicas especiales de nuestros delincuentes. Por último se hará un resumen o síntesis del carácter y del temperamento, para llegar a conclusiones sobre la mayor o menor diátesis o anomalía psicopática del sujeto.

En un capítulo aparte se ha colocado una hoja de observación Psiquiátrica para aquellos reos que presenten síntomas de alienación mental o demencia.

Una vez que ha sido investigada y conocida la personalidad físico-psíquica del penado en sus manifestaciones biológicas se entra al estudio de los factores sociales y am-

bientales que tienen enorme importancia en la génesis de la delincuencia. Comprendiendo su gran valor se ha destinado en la ficha criminológica la parte más extensa de ella.

Se hará un estudio de los antecedentes familiares e individuales del sujeto antes de delinquir, obtenido de los datos proporcionados por el mismo penado y comparados y confirmados con los informes que obtenga la visitadora social. Se completará este aspecto de la ficha con un estudio sobre la vida profesional y económico-social del delincuente. Este último factor es de tanta importancia que ha hecho decir a un autor como Rabinowicz, que el elemento económico y social es el principal en el estallido de todos los actos delictuosos. Según él, aún el factor individual del delito, es decir la personalidad biológica y psicológica depende parcialmente del factor económico, porque muchos de los estigmas antropológicos, morfológicos y psicológicos de los criminales se explicarían por la situación miserable en que las generaciones de aquellos individuos han sido concebidas, creadas y formadas.

Se pone término a la primera parte de la ficha con las conclusiones temporales en que se hace una clasificación provisoria del delincuente y del grado o índice de peligrosidad. Con esto se está en condiciones de indicar un tratamiento penitenciario a que se debe someter el penado una vez terminado su período de observación y señalar las normas sobre el trabajo y la instrucción a que es accesible y los cuidados y recomendaciones especiales que sean del caso.

La segunda parte de la ficha es sólo el complemento de la primera y está destinada a la asistencia médica del penado durante su reclusión y a los informes que proporcionen la Escuela, el Taller y la Sección Penal.

Por último el Historial Clínico termina con la clasificación definitiva del delincuente y de su grado de peligrosidad, indicando las condiciones que ofrezca sobre su adaptabilidad a la vida libre o bajo tutela, aconsejando las recomendaciones especiales que el caso requiera. Todo esto como se comprende tiene gran interés e importancia para los indultos y para hacer efectiva y con probabilidades de éxito la libertad condicional.

De las condiciones y observaciones que hemos expuesto en el transcurso de nuestro trabajo, nos permitimos presentar para su aprobación a la Primera Jornada Neuro-Psiquiátrica del Pacífico las siguientes conclusiones:

I.—La Nueva Técnica Penitenciaria constituye con el Derecho Penal, la Sociología Criminal y la Medicina Legal uno de los ramos o actividades más importantes de la criminología moderna;

II.—La importancia que tiene para la prevención y tratamiento de la delincuencia, el estudio y observación de los delincuentes según un criterio bio-psicológico y social; y

III.—El valor e interés científico que tiene para la buena administración de justicia y de los establecimientos penales los Servicios de Observación Médico-Criminológicos y los historiales clínicos o fichas criminológicas correspondientes.

Hilda Lozier P.

Enfermera Jefe de la Asistencia Pública de Santiago de Chile.

El papel de la enfermera en la asistencia de alienados

Las condiciones de vida actual propicias a toda clase de trastornos mentales han hecho que los estudios de psiquiatría y estudios afines hayan adquirido inusitado relieve y tiendan a tomar en sus engranajes a instituciones y organizaciones cuya cooperación inteligente reporta un factor de progreso en la más difícil y trascendente de las ramas de la medicina actual: la Psiquiatría.

La necesidad de observar concienzudamente los trastornos de la complicada urdiembre cerebral ha hecho que los médicos de la especialidad se rodeen de personas que además de aportar estudios especiales tengan el deseo de cooperar en una labor de alto alcance social como es el estudio, cuidados y prevención de las enfermedades mentales. En Chile como en la mayoría de los países sudamericanos la asistencia de los enfermos mentales ha progresado lentamente y bien se podría decir que empieza a salvar el siglo de distancia que la separa de los países europeos.

Hasta Agosto de 1935 nada se había hecho por preparar enfermeras aptas para trabajar en Psiquiatría; la Clínica Psiquiátrica toma a su cargo la preparación de enfermeras psiquiátricas desde esta fecha. En 1936 continúa esta labor y se inicia el primer curso de enfermeras especializadas en la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile. Es a la Clínica Psiquiátrica a la que se debe la orientación en psiquiatría de las enfermeras ya graduadas.

Nada es más difícil y que exija el máximum de faculta-

des que, la atención continuada e inteligente de la enfermería de alienados y enfermos mentales, donde la enfermera adquiere una importancia tan enorme que se puede decir que es la unión imprescindible del enfermo y el médico.

Las grandes preocupaciones de los grupos científicos que se dedican al estudio de los trastornos mentales han ido creciendo y la necesidad de fijar normas, de crear disciplinas y ampliar estudios sobre las a veces desconcertantes disfunciones cerebrales ha determinado la tarea de circunscribir y armonizar las diferentes formas de asistencia de los enfermos cuyo cerebro ha cesado de generar en forma normal sus funciones superiores.

La enfermería de trastornados mentales ha pasado del más intenso período de barbarie a las más refinadas y solícitas atenciones que se puede dar a los enfermos. Ha desaparecido el tratamiento que reprimía y aterrorizaba incluso a los mismos que tenían en sus manos a estos seres en ocasiones meramente vegetativos y en cambio la experiencia ha logrado despertar la conciencia de estos infortunados seres mediante trabajos, distracciones, régimen, de vida de aprovechamiento de los restos de función mental que la enfermedad ha perdonado.

La readaptación que constituye el éxito de muchos de estos servicios de alienados depende casi exclusivamente de la forma en que se cuiden dichos enfermos; depende, diremos en relación con el tema que nos preocupa, de la enfermera dotada de conocimientos y aptitudes especiales, del entrenamiento a que ella misma se someta en beneficio de los enfermos a quienes se dedica. La enfermera psiquiátrica adquiere enorme importancia junto a los pacientes por el hecho de observar cada gesto, cada movimiento que en psiquiatría es un átomo de la personalidad del trastornado, favoreciendo así la búsqueda del camino de la salud mental. Es el médico el que señala caminos, el que busca las manifestaciones aprovechables en sus pacientes; pero a través de los datos y observaciones de la enfermera. Mayor será la labor que le cabe cumplir a la enfermera si entrega a los enfermos las condiciones de delicadeza y dedicación propias de su profesión que se revela en la simpatía expontánea hacia sus pacientes. La enfermera psiquiátrica debe ser digna, inteligente, culta, con amplio roce social y dotada de elevado criterio que la permitan compenetrarse de las labores científicas que le están encomendadas.

La autodisciplina y dominio de las emociones contribuyen al perfeccionamiento del personal que se dedica al cuidado de la trágica vida de los "locos" y pone en relieve las

aptitudes necesarias a tener en un momento dado el control de los enfermos en los accidentes y emergencias que surjan de sus trastornos.

La enfermería de alienados aspira a buscar los medios que provoquen la regresión de los síntomas mentales que evidencian los enfermos aprovechando todas las modalidades de los pacientes, los cuidados muy especiales que requieren los enfermos excitables, los enfermos con tendencias suicidas, los paranoicos y aquellos con tratornos emocionales o psicomotores, obligan a la buena enfermera psiquiátrica a mantenerse por horas a la espectativa y pronta a tomar las actitudes que convengan. Con enfermos en crisis de catatonia, postración mental o dementes seniles, la paciencia, la persuación y actitudes especiales son puestas en prácticas con estos enfermos que se niegan a comer o dejarse asear o tratar lesiones secundarias. En enfermerias de alienados es difícil lograr que éstos tomen su alimentación como corresponde y la enfermera debe entonces recurrir a distracciones, a aplicar detalles que favorecen la pasividad del enfermo o a destruir las argumentaciones que los hacen rechazar los alimentos.

Los cuidados con los enfermos postrados en cama hacen necesaria una supervigilancia porque tienen tendencia a las escaras de decúbito que vienen a veces a complicar los trastornos. A veces bastan pequeñas distracciones, trabajos o conversaciones bien orientadas de la enfermera para sacar al enfermo de las crisis depresivas o de marcada apatía que suelen adoptar. Pequeñas emociones por paseos, cuentos o por el tratamiento psicoterápico hacen que el enfermo adquiera cierta seguridad y confíe en la enfermera, lo que a su vez la estimula a continuar vigilando y cooperando en la labor del médico.

La preparación de la enfermera psiquiátrica no ha tomado aún en consideración la conveniencia de ilustrarla sobre estos problemas en los centros mismos en que se prepara a los médicos lo que determinaría, si así se hiciera, como consecuencia que el trabajo de la enfermera estaría más en relación con las normas que se dan a los médicos. En las instituciones de estos anormales bajo el ambiente de inquietudes, de responsabilidades, y de alto interés ceintífico, la enfermera tendería a supervalorizarse para actuar en forma eficiente en las funciones que le corresponden en la asistencia de los enfermos mentales.

Un problema muy digno de considerar es el que se refiere a la atención de alienados por personal masculino carente de conocimientos y de interés por los enfermos a quie-

nes asisten. Sin exagerar creo que se puede decir que no le reporta ningún beneficio al médico. En cambio el eliminar este personal de los servicios de psicópatas y llenar dichas vacantes con enfermeras competentes, acarrearía beneficios al enfermo y aliviaría en parte la tarea del médico. Las razones por las cuales se imponen las enfermeras, están demasiado bien vistas y sólo basta que las autoridades psiquiátricas tomen una medida que permita el mejoramiento de los servicios.

La enfermera de psicópatas no sólo está capacitada para desempeñar labores de enfermería junto al enfermo y al médico sino que el entrenamiento con los alienados la capacita para desempeñar labores preventivas en las familias de sus pacientes y para ayudar al médico a buscar el origen de algunos fenómenos que están en relación con la afección cerebral que trata. La enfermera atrayendo a la familia e interesándola puede tomar datos y observar lo que el médico necesita. En la misma forma le cabe una labor preventiva enorme al ayudar a difundir medidas eugénicas en las familias de psicópatas. El buen criterio y las formas en que encauza las actividades el médico hacen que un círculo determinado vaya adquiriendo cierta cultura y cree en la mente de los sanos la idea que sólo ellos pueden evitar graves trastornos psíquicos.

En síntesis, estimamos como conclusión de esta modesta contribución a la organización de la asistencia de los alienados, que sería de gran conveniencia el reemplazo del personal masculino de los manicomios por enfermeras especializadas en la asistencia y prevención de las enfermedades mentales. Las instituciones de enseñanza psiquiátrica debieran emprender la preparación de estas enfermeras paralelamente a la especialización de los estudiantes de medicina.

Dr. Elías Malbrán

Director del Manicomio
Nacional de Santiago de Chile.

Atención de los alienados en Chile

En los primeros años de la vida republicana, como en los de la Colonia, los locos eran poco numerosos y vagaban libremente por los campos y pueblos, otros pocos eran encerrados en hospitales y el resto, los menos numerosos eran encerrados en sus casas. Las familias pudientes mandaron después sus enfermos a la Casa de Locos de San Andrés de Lima.

Habiendo visitado esta casa el Intendente Militar don Francisco Ramírez, concibió fundar una similar en Santiago, y merced a legados que ya se habían acumulado y a la ayuda municipal que consiguió, pudo el 8 de Agosto de 1852 abrir sus puertas en el barrio de Yungay la Casa de Orates de Nuestra Señora de Los Angeles.

Dos años después se nombró el primer médico de ella, y lo fué el facultativo francés, don Lorenzo Sazie.

Seis años después, es decir, en 1858, la Casa de Orates se trasladó del barrio Yungay a su actual situación. Tenía entonces cien enfermos.

Sólo en 1875 se contrata un especialista, el médico inglés don Guillermo T. Benham, quien no dejó rastro de su paso por la Casa de Orates.

Sucesor de este médico fué el psiquiatra chileno Carlos Sazie, que había estudiado en París; pero como en ese tiempo no había ningún interés por esta especialidad el joven psiquiatra la abandonó dedicándose a la Medicina Interna y consiguiendo aquí una fama muy merecida.

Muchos médicos vinieron después, y como el número de enfermos aumentara mucho en 1883 se nombraron tres mé-

dicos y así a medida que aumentaba la población crecía el número de médicos; en la actualidad hay: 19 psiquiatras, además hay médicos, cirujanos, urólogos, radiólogos, etc., dentistas y farmacéuticos para 3.293 enfermos. Para esta crecida población contamos sólo con 460 empleados incluídos en este número el personal auxiliar y de sirvientes.

En nuestro asilo del Peral, en donde tenemos 530 enfermos, sólo contamos con 65 empleados incluyendo el personal nocturno. Como se vé, esta cifra está muy distante de las necesidades reales; pero a medida que la terapia ocupacional progrese tendremos necesidad de aumentar los vigilantes, aunque pienso que es muy difícil que lleguemos a parangonarnos con el asilo colonia de Gutersloh en donde hay dos vigilantes para cada cuadrilla de 10 enfermos.

Antes de pasar adelante quiero dejar un testimonio de admiración para uno de los miembros del Consejo que dirigió la Casa de Orates antes de que dependiera de la Beneficencia.

Me refiero a don Pedro Nolasco Marcoleta, que fué el inspirador de ese Consejo desde el año 1875.

Don Pedro N. Marcoleta, sin ser médico, dotó a la Casa de Orates de enfermería, botica, baños, de lluvia y ducha, pensionado, lavandería, carpintería, zapatería, establo y, por fin, panadería, habiendo tenido para el efecto que encargar maquinarias a Europa.

En sesión del 16 de Abril de 1877 decía: "el trabajo de los enfermos en los diferentes talleres no sólo reporta utilidades a la Casa sino que contribuye poderosamente al restablecimiento de su salud. En esta fecha la Casa de Orates asilaba 477 enfermos.

En este mismo año de 1877 el señor Marcoleta inauguró un patio de recreo que tenía una cancha de bolas, un juego de palitroques y una cancha de pelota, y decía en su informe: "estos juegos higiénicos contribuirán eficazmente a la curación de los desgraciados enfermos, sirviendo al mismo tiempo de entretenimiento para los que trabajan en algún oficio y en los quehaceres de la casa".

Como si esto fuera poco, aumentó el costurero en la Sección Mujeres y creó una sala de telares.

Por esos años, como ahora, el presupuesto era exiguo; por el infatigable don Pedro N. Marcoleta conseguia donaciones y legados y con esos fondos logró construír un departamento para convalescientes.

Desgraciadamente el mayor número de enfermos obligó a la construcción de nuevos pabellones que terminaron con la obra de Marcoleta, persistiendo sólo la lavandería y el costurero.

Se necesitaron muchos años y la insistencia majadera de los médicos para que se volviera a instalar talleres y por fin llegáramos hasta el cultivo de la chacarería.

Los talleres que han vuelto a funcionar desde el año pasado (1936) produjeron una entrada de $ 78.639.19, con una utilidad líquida de $ 11.582.32 sin incluír en estas cifras los beneficios que nos reportan la Panadería y Lavandería.

La sección de trabajos agrícolas iniciada por el entusiasta filántropo don Francisco Echenique, cuando era Director de la Casa de Orates, a cuyo esfuerzo se debe primero la adquisición de una quinta agrícola de 28 hectáreas y después la adquisición del fundo El Peral, nos produjo en 1936 una entrada de $ 43.066.75 con una utilidad de $ 17 mil 089.08.—

Desgraciadamente en el fundo El Peral no nos han dado el terreno suficiente para las labores agrícolas y la Beneficencia lo explota comercialmente; pero está ya acordado que en el próximo mes de Abril, cuando termina el año Agrícola en Chile nos cederán seis cuadras más que podremos dedicar a la terapia ocupacional.

Ahora trabaja el 35% de la población masculina; pero esta proporción es ínfima en las mujeres, y muchas, de ellas llegan a la **Asylum Dementia** de los ingleses por la holgazanería, la imitación, la falta de curiosidad e iniciativa inherentes a su enfermedad y de las que no se les puede substraer por falta de terapia ocupacional.

Para 2.730 indigentes el costo diario personal o unitario fué el siguiente durante el año 1936:

Servicio médico y Administrativo	$ 1.64
Servicio de farmacia...	0.13
Servicio de alimentación...	1.66
Servicio de luz y lumbre...	0.33
Servicio de ropería y vestuario	0.43
Servicio de lavandería y varios	1.01
TOTAL...	$ 5.20

Cantidad demasiado pequeña si comparamos los costos de otras especialidades y aún de la misma en países extranjeros.

Vuelvo a repetir también que si los enfermos de ambos sexos tuvieran en qué trabajar este costo sería mucho mas pequeño. Pero para conseguirlo tenemos que cambiar fundamentalmente nuestra atención de los alienados, como muy pronto lo demostraré.

Lo que designamos con el nombre de Manicomio Nacio-

nal es la entidad compuesta de Casa de Orates, Quinta Bella y Asilo Colonia de El Peral, y cuenta con 2.700 camas para enfermos indigentes, número escasísimo para las necesidades actuales de la población. El Dr. Vivado demostró que mientras la población crecía en proporción aritmética la locura aumentaba en proporción geométrica, como puede apreciarse por el cuadro siguiente:

Año	Pobl. General	Alienados Asilados en Casa de Orates	Prop. por 100 mil habitantes
1869	1816223	260	14.3
1889	2507380	574	22.9
1909	3231496	1648	50.9
1929	4287445	2777	64.8

Habiéndose clausurado el Manicomio de Concepción en 1928, todos los locos del país deben tratarse en el Manicomio Nacional, y ésto ha producido una plétora de enfermos tan enorme que no sólo dificulta su tratamiento sino que, lo que es mucho más grave, hay en la actualidad unos 900 enfermos que vagan por los pueblos o se les mantiene en hospitales, cárceles o tenencias de Carabineros. En estas condiciones esos 900 enfermos están condenados a una larga enfermedad o a su incurabilidad, como lo acaba de demostrar el Dr. Caravedo en su brillante ponencia.

Esta falta de camas se agrava porque nuestro Manicomio no sólo recibe locos sino que recibe también idiotas y epilépticos que en muchas naciones tienen ya asilos especiales, y, lo que es peor, tiene que albergar toxicómanos y enagenados delicuentes.

Sin embargo, tenemos la esperanza de que luego se construya el Instituto de Reeducación Mental, para alcohólicos y toxicómanos, creado ya por la ley, y en la nueva Cárcel que se está construyendo se consulta un anexo psiquiátrico.

El Servicio Administrativo del Manicomio desde hace seis años se compone de un Director Médico, un Administrador, un Inspector General para la Sección de Hombres y religiosas para la Sección de Mujeres, Contabilidad y Servicio de Estadística.

El primer Director Médico fué nuestro recordado colega Dr. Gerónimo Letelier, hombre ecuánime y gran clínico, y a quien sin ningún título me cupo la honra de suceder.

El Director Médico es rentado y tiene la responsabilidad de todos los servicios, lo que redunda en la unidad de

acción, pudiendo de este modo conocer y discernir acerca de las necesidades tanto médica como administrativas del Manicomio.

El Servicio Médico tiene un médico jefe para la Casa Central y otro para el Asilo Colonia, y 3 Jefes de Secciones, uno para Agudos, otro para Crónicos y un tercero de Higiene Mental y Policlínico; además hay Jefes de Servicios, ayudantes primeros y segundos. Debemos señalar aquí que este personal está muy mal rentado y como la clientela particular de esta especialidad es escasísima por no decir nula, los médicos tienen por necesidad que trabajar en otros puestos que no tienen relación con la especialidad.

Sin embargo, tenemos la esperanza de que muy pronto conseguiremos un aumento de sueldo por cada trienio.

En los servicios de admisión hay un médico por cada 30 enfermos, pero en la sección de crónicos hay médicos que tienen hasta 500 enfermos.

El Manicomio Nacional, como todos los hospitales a excepción de los particulares, pertenece a la Beneficencia Pública. Esta entidad semi-fiscal tiene una sección denominada Central de Compras de la Beneficencia.

Por intermedio de este organismo el Manicomio se provee de los alimentos, vestuario, medicamentos y de todo cuanto necesita, consiguiendo así que personal especializado elija la calidad de las materias y también un precio más bajo ya que todo se compra por enormes cantidades.

El Director del Manicomio responde de la corrección de su puesto con una fianza equivalente a dos años de su sueldo y está asesorado por dos Consejos, uno Técnico y otro Administrativo.

El primero está compuesto por el Director, los dos médicos jefes, los jefes de sección y el médico jefe internista. Este consejo estudia y resuelve todas las materias relacionadas con el servicio médico.

El Consejo Administrativo es meramente consultivo y se compone, además del Director, de tres personas caracterizadas de la capital, dura en sus funciones tres años, período igual por el que se designa al Director. Este consejo asesora al Director en los problemas económicos y administrativos y concurre al estudio del Presupuesto Anual.

Una vez al año se reunen los dos consejos bajo la presidencia del Director. Este hace una exposición general de la marcha del establecimiento y se proponen y estudian los medios para obtener un mejor rendimiento de todos los servicios.

Los distinguidos Congresales pueden apreciar por lo expuesto que esta reglamentación fijada por la Honorable

Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social es muy buena y puede tomarse como ejemplo.

Después de esta exposición escueta en que hemos demostrado atraso en los medios de Asistencia Manicomial debemos anotar cuáles son las necesidades para alcanzar los progresos que la Medicina nos señala.

Establecido ya como un axioma que el enajenado es un enfermo como cualquiera otro, hay que abandonar la idea de sólo recluirlo, con lo que antes se contemplaba el bien colectivo de seguridad social.

Este problema encara la necesidad de crear los hospitales psiquiátricos para la atención de enfermos agudos y que el distinguido psiquiatra peruano Dr. Caravedo, acaba de tratar tan magistralmente.

Como las Repúblicas Americanas son extensas y los medios de comunicación con la capital o los grandes centros son difíciles y muchas veces no rápidos, volvemos a aconsejar la creación de anexos psiquiátricos (1) unidos a los hospitales en todas las ciudades en donde su población sea más de treinta mil personas y no haya hospital psiquiátrico ni asilos colonias.

Consideramos el Open Door como un desiderátum; pero como sólo se puede enviar a ellos una cierta calidad de enfermos, creemos que para las necesidades de la América Latina, de escaso presupuesto asistencial, debemos contentarnos con el Asilo Colonia.

En este sentido deben llenar las siguientes exigencias:

Su capacidad no debe ser superior a mil quinientas camas.

Deben estar distantes de las ciudades, tanto por el valor del terreno cuanto que el alejamiento de ellas es beneficioso para el enfermo mismo. Su situación debe, además, contemplar el aprovisionamiento de agua potable suficiente, la fácil construcción de redes de alcantarillado y las demás exigencias higiénicas inherentes a las poblaciones.

Debe contar con las siguientes secciones:

a) Para enfermos tranquilos que trabajan en talleres o labores agrícolas.

Estos pabellones deben tener una capacidad no superior a 60 camas, y tener todos sus servicios de baños y comedores propios. Los pabellones deben estar separados unos de otros formando calles como chalets de una ciudad jardín

---

(1) Conclusiones de las Primeras Jornadas Psiquiátricas de Buenos Aires.

o en orden disperso. Deben ser abiertos y rodeados de jardines. Debe suprimirse en ellos todo lo que dé idea de cárcel o reclusión. Los enfermos deben tener amplia libertad para salir de ellos y deambular libremente por los jardines y prados.

b) Una sección de pabellones con muros pequeños cubiertos de rosales o enredaderas. En éstos la vigilancia debe ser estricta y los cuidadores en número de 1 x 10 enfermos. Esta sección se destinará a los enfermos agitados o que se agiten periódicamente.

c) Sección idéntica a la anterior para enfermos deprimidos, melancólicos o desnutridos.

d) Una sección cerrada como las b) y c) para enfermos epilépticos y gatosos. Estos pabellones deben ser de un piso y los patios cubiertos de césped o simplemente enarenados.

e) Una sección de enfermerías con laboratorios anexos.

f) Una sección para tuberculosos.

Es conveniente tener además una sección de ingreso. Los enfermos procedentes de los hospitales psiquiátricos o de los anexos provinciales no han alcanzado a adquirir hábitos higiénicos durante su estada en ellos, y esto es tanto más necesario si consideramos que la inmensa mayoría de nuestro pueblo no la practica en sus hogares. Además, con ello se consigue que el enfermo aprenda a conservar el orden y disciplina necesarios.

Además de las secciones enumeradas y sería obvio conseguirlo debe haber departamentos de oficinas, casas para médicos y para el personal, capilla, salón de actos y otras entretenciones.

El ingreso a todo Asilo-Colonia debe estar sometido a los trámites que indique la ley respectiva.

En cuanto al área de un establecimiento así; se calcula en cuatro mil metros por enfermo.

Antes de terminar quiero dejar constancia que nosotros estamos ensayando en escala muy pequeña la colocación hétero-familiar.

En nuestro asilo-colonia proporcionamos a los chacareros de las vecindades un pequeño número de enfermos con la obligación de traerlos periódicamente al asilo para ser examinados por los médicos. Además, el Servicio Social se encarga de controlar en cada caso la forma en que se atiende al enfermo y el trabajo a que se le destina. Con las Visitadoras Sociales se puede hacer una colocación familiar controlada y beneficiosa y en esta forma deseamos intensificarla, desgraciadamente nuestro público aún resiste al enfermo y nos entraba nuestra labor.

Como al ingresar un enfermo al Manicomio sus bienes quedan en muchos casos abandonados las leyes chilenas han dictado una serie de medidas que copio a continuación:

Reglamento General para la organización y atención de los servicios de salubridad mental, hospitalización y reclusión de insanos.

Art. 71.—El individuo colocado en un Manicomio Público que no estuviere bajo interdicción judicial y con curador nombrado con motivo de ella, o que no fuere persona colocada bajo potestad paternal o marital, será provisto de un administrador provisorio de sus bienes por el Juez Civil más antiguo de la ciudad en que se encuentra el Establecimiento, a solicitud del Director de éste, si no lo piden los parientes.

El Juez procederá breve y sumariamente, oyendo a la Dirección General de Sanidad, si lo estima conveniente.

Art. 72.—Mientras se procede al nombramiento anterior, el Director del Establecimiento en que esté hospitalizado el enfermo, podrá ejercer las funciones de Administrador provisorio, pudiendo delegar el cargo y siendo relegado de la obligación de caución.

Art. 73.—El Administraodr provisorio recaudará lo necesario para pagar los gastos del enfermo en el Manicomio.

Art. 74.—El enfermo que no tuviere curador o no se hallare bajo potestad paterna o marital, si hubiere un juicio en que figure o tenga que figurar como demandante o demandado, será provisto por el Juez Civil más antiguo del lugar de un Curador ad-litem, a solicitud de cualquiera persona de su familia o del Director del Manicomio, a falta de presentación de ésta.

Art. 75.—Las disposiciones del Código Civil sobre curadores en general y sobre sus atribuciones y deberes, rigen para los casos especiales indicados en los Arts. anteriores en lo que no se apongan a ellas.

Art. 76.—Salido del establecimiento el enfermo, cesarán de hecho las facultades que deben ejercer los administradores provisorios conforme a los artículos precedentes.

Art. 77.—Los actos ejecutados por individuos hospitalizados voluntariamente o de oficio, se tendrán como ejecutados por un demente que estuviere bajo interdicción y se sujetarán a las reglas establecidas en el Código Civil respecto de esta clase de personas.

Cuando los enfermos están fuera del Establecimiento en virtud de salidas provisorias o de fugas, se entenderá que se encuentran en la condición del inciso precedente, mientras no se entera el plazo de tres meses que indican los artículos 60 y 66.

TEMAS LIBRES

TEMAS DE NEUROLOGIA:

Dr. Gustavo Jirón L.

Prof. de Anatomía de la
Universidad de Chile

Dos breves comentarios anatómicos

En forma muy sucinta, porque así lo exije el reglamento de este Congreso, espondré el bosquejo de dos temas de Anatomía; lo hago así también, porque temo que este trabajo no se avenga bien con el carácter de esta reunión a pesar de tratarse de Anatomía del Sistema Nervioso.

Desde hace muchos años sostengo que debemos revisar los cuadros anatómicos que nos presentan los clásicos europeos porque sus descripciones no corresponden siempre a lo que encontramos en nuestro ambiente, en el material de disección de que disponemos.

El **plexo sacro** y su rama terminal el **gran ciático,** nos dan un ejemplo de lo dicho precedentemente.

Conocemos la descripción clásica: plexo formado en la escavación pelviana por las ramas anteriores del 5.º par lumbar y los cuatro primeros sacros; una rama terminal el **gran ciático** que pasa por debajo del músculo piramidal y se divide en la parte alta del hueco poplíteo en **ciático poplíteo interno** (C. P. I.) y **ciático poplíteo externo** (C. P. E.).

Entre nosotros no es esto lo habitual: en el 62% de los casos el ciático mayor se divide por encima del hueco poplíteo, ya en el muslo, en la región glútea o aún, dentro de la misma pelvis comprometiendo en su división al propio plexo el cual aparece, así, constituído por dos planos, uno anterior y otro posterior (Fig. N.º 1 y N.º 2). Esta última modalidad representa el 30% de las disecciones examinadas: el plano anterior o ventral formado por todas las ramas del plexo da origen al C. P. I. y el plano posterior o dorsal, más pequeño y constituído por las tres primeras ramas origina

el C.P.E. No existe en este caso el ciático mayor pues sus ramas terminales vienen directamente del plexo.

En una proporción elevada los nervios C. P. I. y C.P.E.,

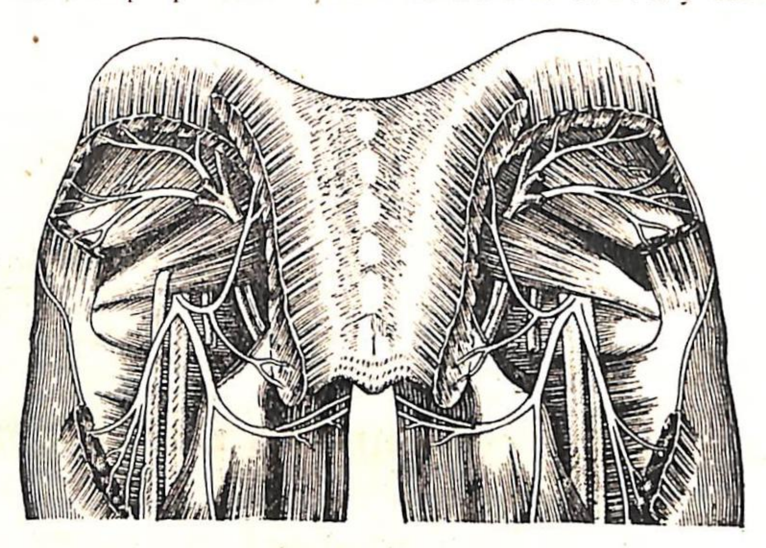


Fig. 1

al pasar frente al músculo piramidal se complican en sus relaciones con este músculo, determinando variedades numerosas e interesantes: lo frecuente es que el C.P.E. pase a

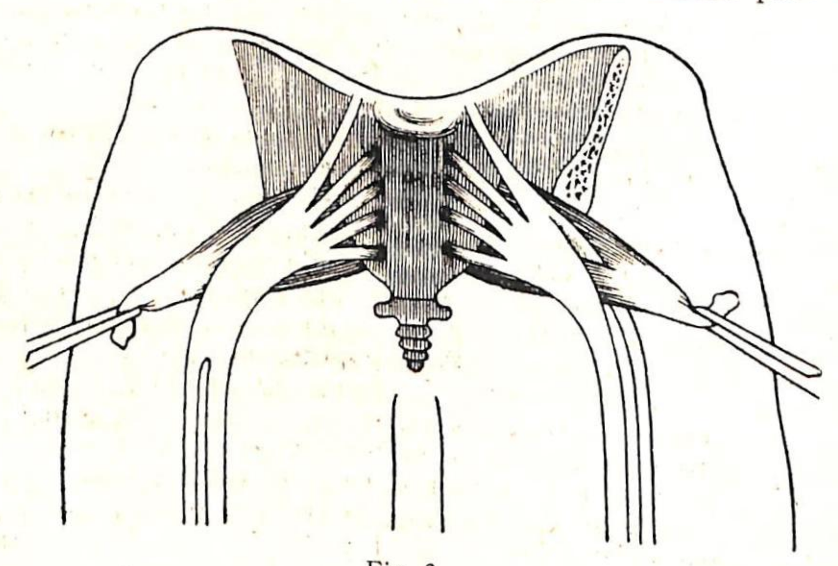


Fig. 2

través de un ojal que se forma en el músculo mientras que el C.P.I. sigue por debajo de él; otras veces ambas ramas

pasan juntas por debajo del músculo y en ocasiones el C.P.E. lo hace por encima del piramidal. Hay otras modalidades más raras.

La división alta del ciático mayor, que es descrita como una variedad por los anatomistas europeos es, como se ve, para nosotros el hecho normal desde que se realiza en el 62% de los casos.

Este ejemplo y otros que podríamos citar, pero que no corresponden al sistema nervioso, confirman el aserto de Loth cuando dice que la anatomía del hombre blanco no es la Anatomía de la Humanidad.

¿Qué importancia tiene la disposición del plexo sacro y sus ramas terminales en la forma antes expuesta? Desde el punto de vista anatómico y quirúrgico es innegable; pero no me pronuncio en cuanto a ella vista desde el terreno de la Neurología.

Pero permítaseme hacer otra consideración, ahora en relación con la Antropología. Esta ciencia, sabemos, estudia al hombre y las razas humanas en su aspecto físico y biológico y las relaciones de estas entre sí.

Otras ciencias como la Etnografía, la Arqueología, la Lingüística contribuyen a dilucidar sus oscuros problemas.

La Antropología se vale de la observación de los caracteres externos y de los huesos para estudiar al hombre y descubrir su parentezco y ha olvidado por completo el estudio comparado de las partes blandas que, como dice el sabio de Varsovia, obedecen como las otras a las mismas leyes de la variación y de la herencia, a las mismas explicaciones zoológicas.

Debe entonces la Antropología enriquecerse con este nuevo gran capítulo que es la antropología de las partes blandas, como ya lo hace con el estudio de los grupos sanguíneos.

Nuestros hombres de ciencia están abocados a un interesante problema: el origen del hombre americano.

El hombre primitivo existió en América como en los otros continentes, con cultura poleolítica, dolicocéfalo, sin que se pueda determinar su procedencia. Se le ha encontrado al final de la época glacial en América. Entre nosotros se han encontrado sus restos al lado de la fauna mamalógica del cuartario chileno.

Se trata, pues, de determinar la importancia de las diferentes corrientes inmigratorias que poblaron nuestro continente (1).

(1) Véase: Dr. C. Jiron L.—Aportes de la Anatomía a los estudios antropológicos y su importancia en la determinación de las relaciones inter-raciales. IX Congreso Científico General Chileno. Valparaíso, 1936.

Está demostrada la influencia austro-milanésica (P. Rivet, Gusinde, etc.), a través del Pacífico y también la asiática (Haddon, Hdlicka, etc.), seguramente por el estrecho de Behring y las islas Aleutinas. Pero no se ha determinado el grado de intensidad de aquellas corrientes pobladoras, ni la forma cómo se mezclaron entre sí y con el hombre que ya habitaba en América, ni tampoco el predominio de unas y otras en las diferentes regiones del continente.

Cuando algunas de nuestras descripciones anatómicas se alejan de las de los autores europeos, observamos que se asemejan a las de los japoneses; aunque no igual, la descripción del plexo sacro y sus ramas terminales hecha por Adachi y Okajima, autores de aquella nacionalidad, se asemeja a la que aquí hemos esbozado.

Y como conclusión se desprende la necesidad de conocer la anatomía de las razas que pueblan los diferentes continentes y luego la obligación de hacer la anatomía de las innumerables unidades étnicas que pueblan nuestra América muchas de las cuales están por desaparecer.

Así se podría allegar un valioso aporte al problema del origen e importancia de las razas que invadieron y poblaron este continente.

Pero además de este estudio de las diferentes razas o unidades étnicas, la Anatomía se preocupa con interés de hacer la morfología de los **tipos humanos.**

Poseemos, como dice Viola, una Anatomía y una Fisiología del hombre medio con caracteres casi abstractos y que no se pueden aplicar a los individuos en particular. Sin embargo, es posible aislar tipos a los cuales corresponden caracteres particulares, tanto anatómicos, como fisiológicos y aún psicológicos. Y de estos conceptos deducimos una doctrina de la constitución individual.

Son muchas las escuelas que se han dedicado a tales estudios, los cuales tienen una importancia que la Patología confirma cada vez más.

Guiado por este pensamiento mi ayudante el Dr. Sergio Rodríguez, uno de mis más distinguidos colaboradores, ha emprendido un estudio, que fué su Tesis para optar al título de Médico Cirujano, sobre "Anatomía proporcional del encéfalo".

Se basa este trabajo en la observación de doscientos encéfalos de diferentes edades y se desprenden de él conclusiones y sugerencias interesantísimas que deberán ser confirmadas o rechazadas después de examinar aún, muchos cientos de encéfalos.

Considérese el esbozo embriológico del encéfalo en su estado de tres vesículas (después cinco) y a partir, del cual seguimos el desarrollo del órgano hasta el adulto. En este dividimos el encéfalo en tres porciones (Fig. 3), anterior, medio y posterior de acuerdo con el estado embriológico de tres vesículas y sus diferentes partes constitutivas son se-

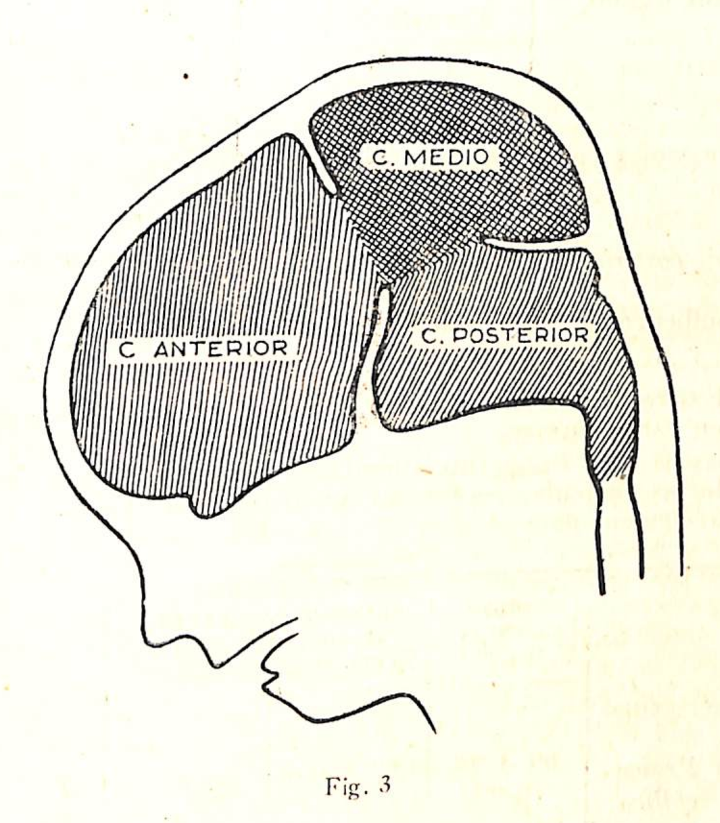


Fig. 3

paradas, pesadas y medidas sus dimensiones y superficies.

El cuadro que se inserta a continuación dice, casi exactamente, las equivalencias del encéfalo fetal en relación con el adulto.

Pesadas cada una de las tres porciones del encéfalo se puede deducir el desarrollo proporcional del peso de cada una de esas porciones y de acuerdo con el resultado obtenido se llega a clasificar el encéfalo en tres grupos fundamentales los que tienen rasgos anatómicos característicos.

Los tres grupos, con el peso proporcional de sus tres

porciones y la frecuencia de aquellos se anotan en el cuadro siguiente:

Cerebro anterior Prosencéfalo	Telencéfalo Diencéfalo	Corteza cerebral Centro oval Formaciones comisurales Cápsula interna Ventrículos cerebr Núcleos centrales
Cerebro medio	Mesencéfalo	Tubérculos cuadrigéminos Pedúnculos cerebr
Cerebro posterior Rombencéfalo	Metencéfalo Mielencéfalo	Protuberancia Cerebelo Bulbo Cuarto ventrículo

Existen tipos intermedios de los que no se hace mención en este resumen.

Estos tres tipos fundamentales desprendidos del estudio de las vesículas cerebrales primitivas, en el encéfalo del adulto tienen otros rasgos diferenciales que son:

	CEREBRO ANTERIOR % DEL PESO	CEREBRO MEDIO % DEL PESO	CEREBRO POSTERIOR % DEL PESO	FRECUENCIA
Primer grupo: *Tipo Prosencefálico*	89 a 94	0,42 a 0,60	7 a 9	4,98%
Segdo. grupo *Tipo Medio*	86 a 88	0,47 a 0,70	10 a 12	85,82%
Tercer grupo *Tipo Metencefálico*	81 a 85	0,40 a 0,54	13 a 17	9,13%

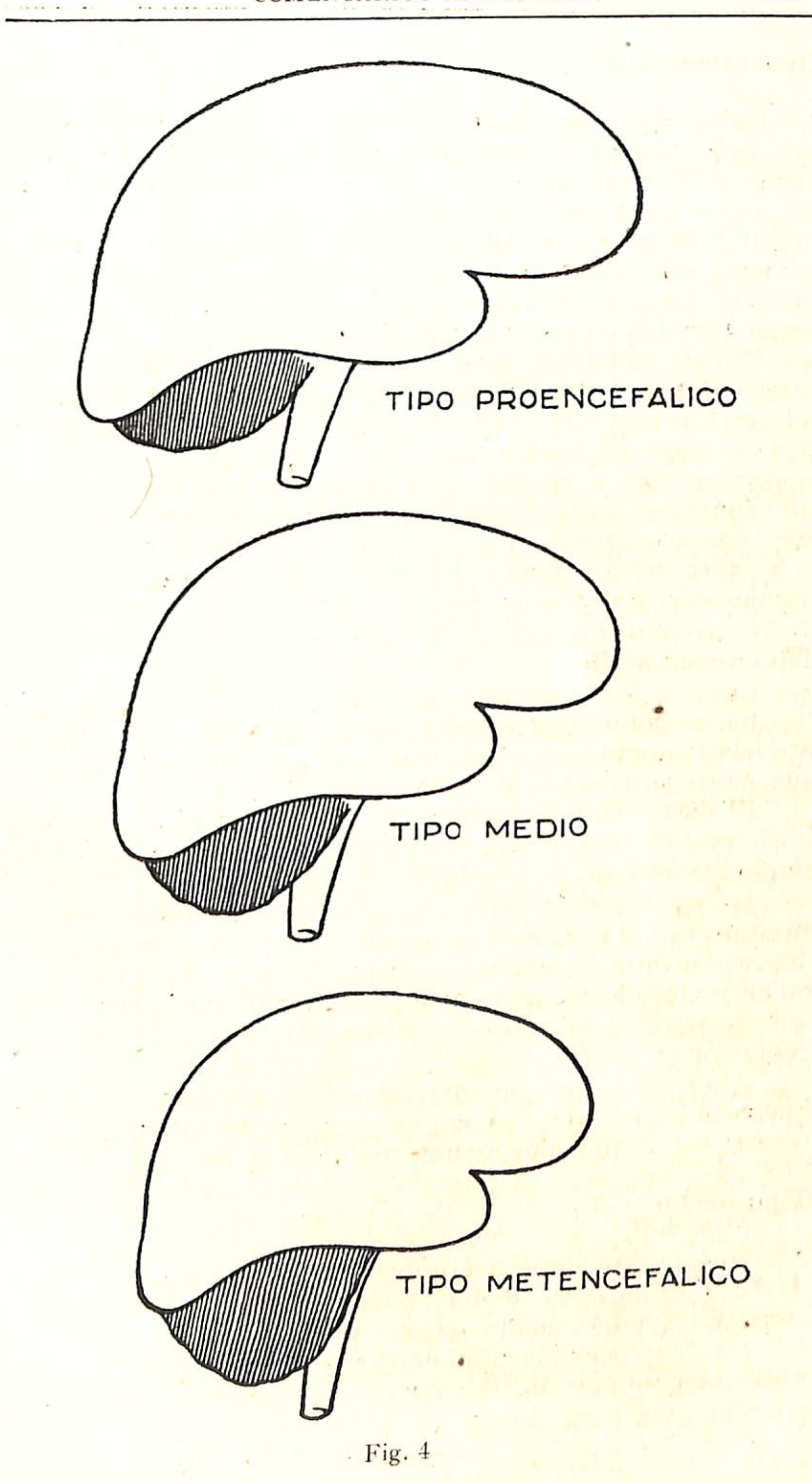


Fig. 4

Tipo prosencefálico.

Desarrollo preponderante del cerebro anterior sobre el posterior, como lo indica el cuadro preinserto. Las dimensiones del cerebro anterior y de sus partes constitutivas alcanzan su desarrollo máximo; los hemisferios tienen una longitud de más o menos 17 a 17½ centímetros, el cuerpo calloso 8 centímetros y el encéfalo en este tipo prosencefálico alcanza su mayor peso, 1.500 gramos, lo que refleja la proporción tan apreciable del cerebro anterior.

Pero la superficie total de la corteza cerebral es en general reducida (319.302 mm2) a pesar del gran desarrollo del cerebro anterior y debido esto a que las circunvoluciones son poco profundas; sin embargo, dentro de esta cifra la corteza del arquipalio (alocostex) o sea de las circunvoluciones atróficas alcanza el mayor desarrollo tanto absoluto, como relativo.

A causa del apreciable desarrollo del centro oval los ventrículos cerebrales son pequeños.

Tipo metencefálico.

Su característica esencial es el desarrollo predominante, relativamente, del cerebro posterior (14,69%, mientras que en el anterior es de 8,56%), Fig. N.º 4.

El diámetro longitudinal de los hemisferios se reduce a 14,18 centímetros, el cuerpo calloso a 5 centímetros. El encéfalo alcanza un peso mínimo de 1060 gramos.

La corteza cerebral es la de mayores dimensiones pues su superficie llega, más o menos a 453.180 milímetros cuadrados, lo que se esplica porque el índice de plegamiento es muy elevado: el arquipalio, por el contrario, tiene el menor desarrollo; el neopalio (isocostex) alcanza su mayor evolución.

Ahora la evolución entre el volumen sólido y el volumen hueco del cerebro es inverso a lo consignado en el caso anterior: los ventrículos tienen un tamaño mayor.

Tipo medio.

Interpuesto entre los anteriores, armónico, con un peso de 1220 gramos; los demás detalles anatómicos son, también como el término medio entre los tipos estremos Prosencefálico y Metencelálico: diámetros y ventrículos medianos, regular plegamiento de la corteza y desarrollo equilibrado entre alocostex e isocostex.

A partir, pues, del **tipo medio,** tipo ideal, el más frecuente de todos, ya que realiza el 85,82% de los casos de encéfalos, la armonía se rompe entre el cerebro anterior y el posterior y de esta desarmonía nacen el Tipo Prosencefálico en el que predomina el cerebro anterior y el Tipo Metencefálico con predominio del cerebro posterior. En los tres Tipos el cerebro medio permanece más o menos invariable.

El encéfalo Prosencefálico representaría, a pesar de su mayor peso, una detención ontogenética y filogenética en un período precoz de la evolución anatómica, mientras que el Metencefálico representaría un encéfalo que ha sufrido una super-evolución morfológica; el Tipo medio sería un todo equilibrado y armonioso.

Otros antecedentes apoyan este modo de pensar. Por ejemplo, el lóbulo medio del cerebelo tiene un mayor desarrollo en el Tipo Prosencefálico. Recordaremos que en su evolución el cerebelo, y siguiendo la escala zoológica, está representado primero por el lóbulo medio; los lóbulos laterales aparecen después, para alcanzar su mayor desarrollo en el hombre en el que el lóbulo medio es ahora relativamente pequeño.

Y la observación de la embriogénesis del cerebro del hombre también concuerda con lo anterior. Efectivamente, durante los períodos embrionario y fetal los casos observados corresponden sin excepción a un Tipo marcadamente Prosencefálico.

Los Tipos descritos en el adulto provienen de este Tipo único embrionario y fetal que por transformaciones sucesivas, a lo largo de su desarrollo da un 85,82% que corresponde al Tipo medio; un 4,98% se detiene antes y perdura como Prosencefálico y un 9,13% sigue más allá en su evolución y constituye el Tipo Metencefálico.

Cabe preguntar ahora, si hay alguna relación entre la Anatomía de los diferentes Tipos descritos y la Fisiología; si los cuadros patológicos llevan algún sello especial de acuerdo con aquellos; si hay concordancia entre ellos y la forma del cráneo, etc.

Estas y muchas otras sugerencias se desprenden de este trabajo que será continuado.

Dr. Manuel Balado

Catedrático de Neuro Cirugía
en la Universidad de B. Aires

Fisiopatología de los movimientos pupilares

Al tratar la cuestión de la fisiopatología de los movimientos pupilares, se debe tener en cuenta: la inervación del iris, las vías aferentes que llevan los estímulos visuales y la disposición de los mecanismos nerviosos centrales que regulan la actividad refleja del iris. Estos mecanismos nerviosos pueden estar influenciados por el estado humoral según ciertos autores. Dale (28), Feldberg (32), Lewis (46), etc., y bajo la dependencia de la actividad fisicoquímica de ciertas drogas (Feldberg y Brown (24), podrían modificarse en su funcionamiento. Aunque el iris ha sido objeto de numerosos estudios para reconocer la influencia que sobre él ejercen determinadas drogas en estado normal y patológico, consideramos que el punto está prácticamente resuelto desde que después de nuestros trabajos sobre la reacción del iris a las diferentes drogas de acuerdo al estado de su inervación, se sabe que los fármacos actúan directamente sobre las substancias contráctiles del esfínter y del dilatador del iris. (Dale). (28).

Más importante es el problema de cómo se comporta el iris durante su actividad refleja, y cuáles son los factores que puedan perturbarla. Pero para ello debemos reconocer, cómo se comporta el iris aislado de los estímulos llegados por vía refleja, cómo responde a las excitaciones de este último orden y finalmente cómo lo hace, en condiciones patológicas.

Cuando la inervación del iris está intacta, y no llegan estímulos de orden visual, al cuerpo geniculado externo, la pupila tiene constantemente movimientos lentos, de dilatación y contracción, llamados "Unruhe pupille", por los alemanes y que se conoce en general con el nombre de hippus de la pupila. Hasta hace muy poco tiempo estos movimien-

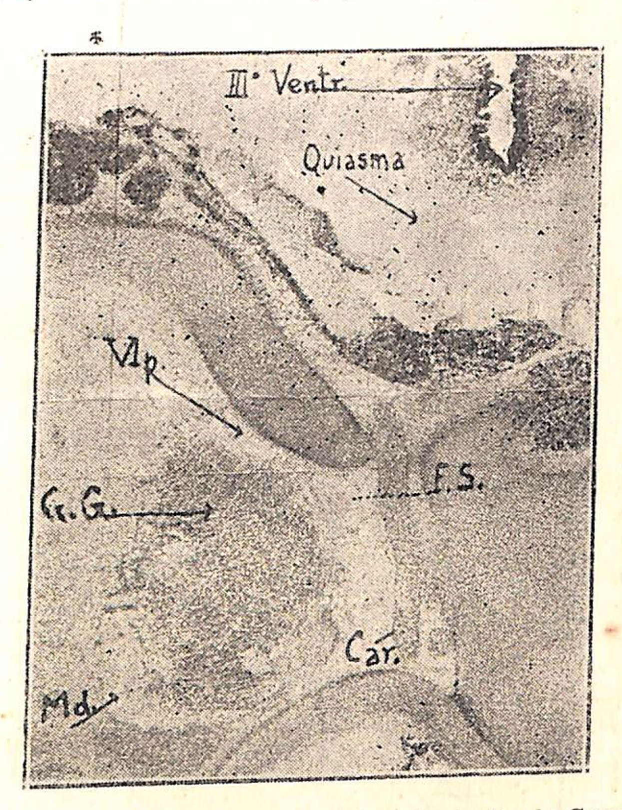


Figura 1: Feto, 2.a mitad 2.o mes. Muestra el ganglio de Gasser, G. G. con su raíz mandibular Md., la carótida, Car.; los filetes simpáticos que la rodean, F. S.; el abducens VIp., y por arriba del ala menor del esfenoides el cerebro con el tercer ventrículo y el quiasma. Corte 6850; hemat. eosina. x 26.

tos eran considerados como patológicos; hoy día sabemos por el uso de la lámpara de hendidura, que ellos se encuentran en todas las pupilas normales y que son mucho más intensos en los sujetos jóvenes. Behr (18) y (19).

El hippus es un fenómeno de la más alta importancia, puesto que revela la integridad de los ganglios simpáticos del iris es decir, del ganglio ciliar y del ganglio cervical superior del simpático. (Balado) (13). Cuando simultánea-

mente faltan estos dos ganglios o están lesionadas sus fibras postganglionares, el hippus desaparece, y no se observa dilatación o contracción espontánea de la pupila. El único movimiento que aún se observa es una muy ligera contracción durante las grandes inspiraciones y dilatación durante la espiración. (Balado) (13).

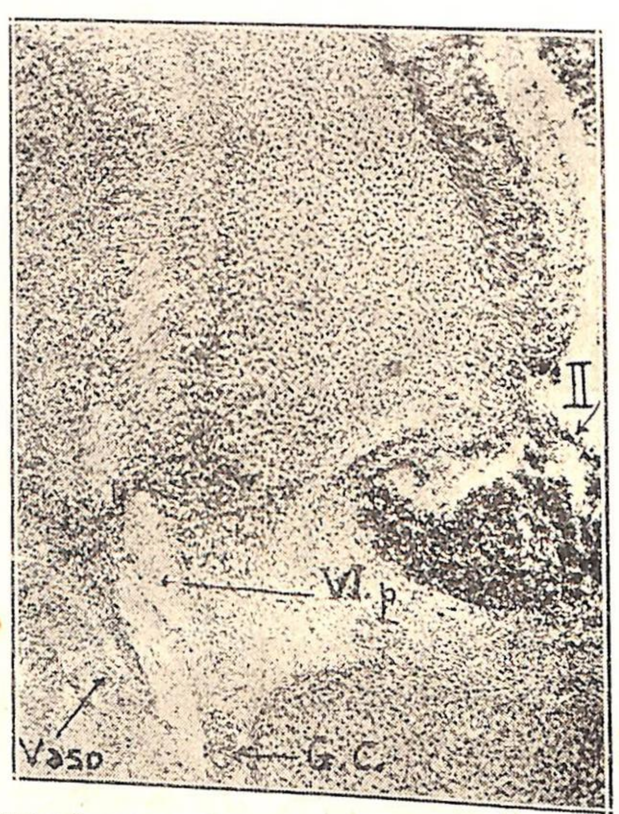


Figura 2: Feto, 2.a mitad 2.o mes. Muestra el esbozo del ganglio ciliar, G. G., adherido a un filete simpático. En la vecindad el Vlp. o abducens. El corte pasa por el agujero óptico y se ve la entrada del II par. Corte 6847; hemat. eosina. x 75.

Bajo la influencia de estos dos ganglios tienen lugar fenómenos de excitación y de inhibición al nivel del esfínter del iris.

Los fenómenos de excitación y de inhibición al nivel del esfínter del iris para ser comprendidos deben ser enfocados de distintos puntos de vista. Los investigadores ingleses desde el punto de vista experimental, con el estudio de las corrientes de acción, nos han proporcionado datos que nos

permiten sospechar que cada uno de estos fenómenos debe tener lugar mediante mecanismos nerviosos propios (*). Hemos creído conveniente, ver si la embriología podría darnos alguna base para ese concepto, es decir, si la formación del ganglio ciliar durante el desarrollo, podría mostrarnos estar formado de diferentes brotes, y que parte de los sistemas autónomos, simpático o trigeminal tomaba parte en su constitución.



Figura 3: Feto, 2.ª mitad 2.º mes. Muestra el esbozo del ganglio ciliar, encerrado en la línea cortada y adherido a un filete simpático. F. S. Corte 6847; hemat. eosina, x 320.

No es un problema sencillo, tratar la embriología del ganglio ciliar. Proviene este ganglio de los brotes correspondientes al motor ocular común? Toma, acaso, su origen de la agrupación celular que constituye el ganglio de Gasser?, o, finalmente, crece a costa de los filetes simpáticos que entran en la órbita y son una emanación del G. C. S.?

(*) Hipótesis de Levinsohn, véase Soriano (59,a).

Con cierta seguridad podemos excluir al III par como originador del ganglio ciliar de acuerdo a observaciones efectuadas en el feto humano en la segunda mitad del segundo mes, y en el feto de tres meses de edad. Por otra parte, difícilmente se encuentran observaciones de variedades y anomalías del tercer par que señalen la presencia a lo largo de su trayecto de ganglios nerviosos.

La dificultad mayor, es diferenciar el origen del ganglio ciliar del ganglio de Gasser. Como las ramas superiores del simpático que siguen la carótida se mezcla a su entrada en el cráneo con los filetes del trigémino (rama oftálmica)

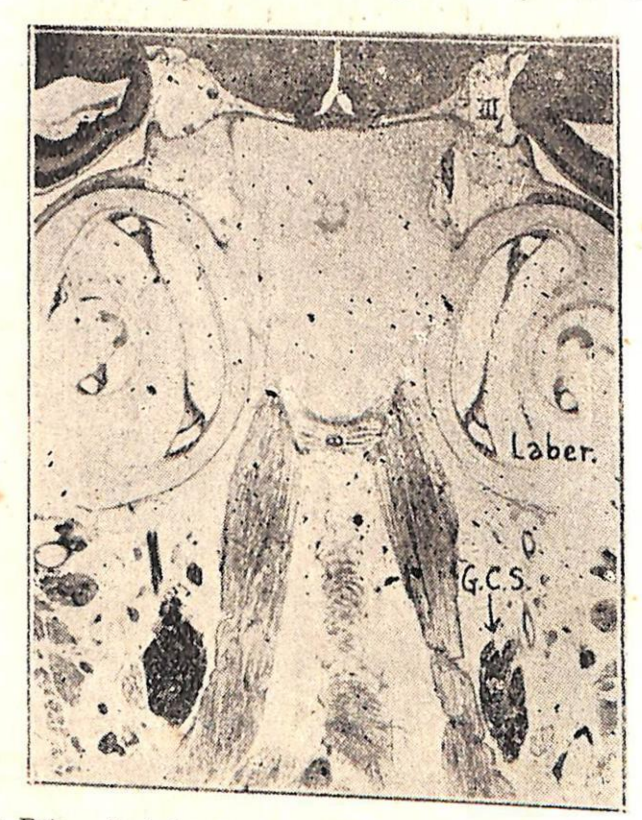


Figura 4: Feto mitad del 3.o mes. Corte vértico transversal que indica, los ganglios simpáticos del cuello, G. C. S.; el laberinto. Laber. y sobre la base del cráneo el tercer par, III. Corte 6143. hematox. eosina. x. 7,8.

Figs. 1, 2 y 3, no es absolutamente neta la diferencia entre uno y otro. En nuestras observaciones efectuadas en los fetos de las edades mencionadas y además en fetos de cinco, siete, ocho meses y a término, el origen del ganglio es mixto. Intervienen en su formación, elementos de origen trige-

minal y simpático. Estos últimos son los preponderantes, mientras que los trigeminales son en menor cantidad y a menudo no llegan a fusionarse con el ganglio ciliar.

La vinculación entre el tercer par y el ganglio ciliar debe efectuarse entre el final del segundo mes y el principio del tercero. (Figuras 4, 5, 6, 7 y 8). A mediados de este mes, la unión entre las fibras preganglionares óculo motorias, y los elementos simpáticos del ganglio ciliar ya debe

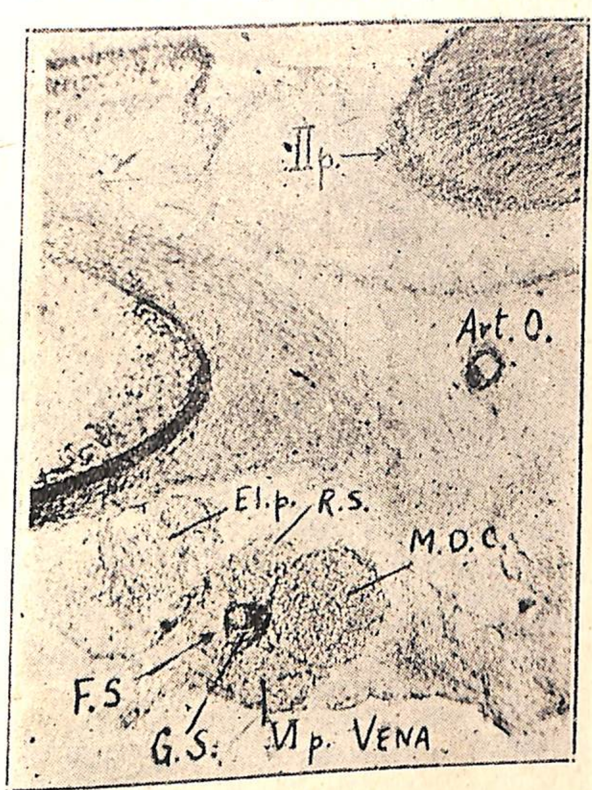


Figura 5: Feto mitad del 3.o mes. Corte que pasa por el vértice de la órbita. Muestra como a lo largo de los filetes simpáticos intraorbitarios se encuentran diseminados ganglios simpáticos, G S. Nervio óptico: IIp.: Arteria oftálmica :Art. O.; Elevador del párpado: el p.; Recto superior: R. S.; Motor ocular común: M. O. C.; F. S.; filete simpático; VIp.: abducens. Corte 6098 hemat. eosina. x 45.

estar terminada, pues el aspecto histológico no permite dudar de que futuras conexiones no puedan ya establecerse, por estar definitivamente constituídos los límites de los nervios y del ganglio.

Simultáneamente el iris, ha terminado su desarrollo y en los meses siguientes al tercero, el problema embriológi-

co de este órgano es de conexiones vasculares y de disposiciones perfeccionadas del sistema óptico (abertura pupilar, membrana del iris, etc.), pero el conjunto neuromuscular simpático debe estar terminado. Fig. 9.

Las fibras nerviosas, provenientes del III par que penetran en el ganglio ciliar, son de dos tipos: mielínicas y amielínicas. Las primeras deben estar destinadas a enviar al ganglio los influjos que aparecen durante los movimientos de convergencia, o de divergencia de los globos oculares (*), y deben ponerse en contacto con las células del gan-

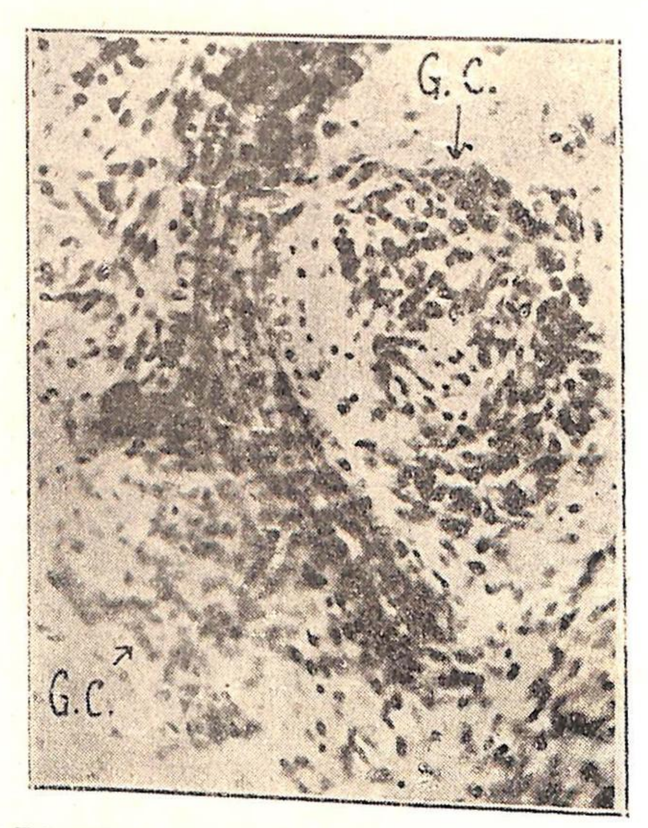


Figura 6: Feto mitad del 3.o mes. Ganglio ciliar, dividido por una arteriola en dos porciones. G. C. Véase esquema en la figura 8. Corte 6089. hemat. eosina. x 320.

glio, cuyas prolongaciones son mielínicas; las fibras amielínicas del III par, el verdadero parasimpático, adoptando la

(*) Estas fibras provendrían verosímilmente del núcleo mediano de Perlia, núcleo de la convergencia de Edinger (31) y Brouwer (22).

denominación conocida, deben estar en relación con la producción del reflejo luminoso (**).

Aceptamos que la motilidad pupilar, se hace bajo el control único del ganglio ciliar bajo el influjo excitador o inhibidor del III par. Anderson (4), (5) y(6). Las fibras postganglionares del simpático (G. C. S.) tendrían sólo un efecto de refuerzo sobre la acción inhibidora. En cuanto al trigémino, es bien conocido por todos ustedes que su papel es puramente sensitivo.

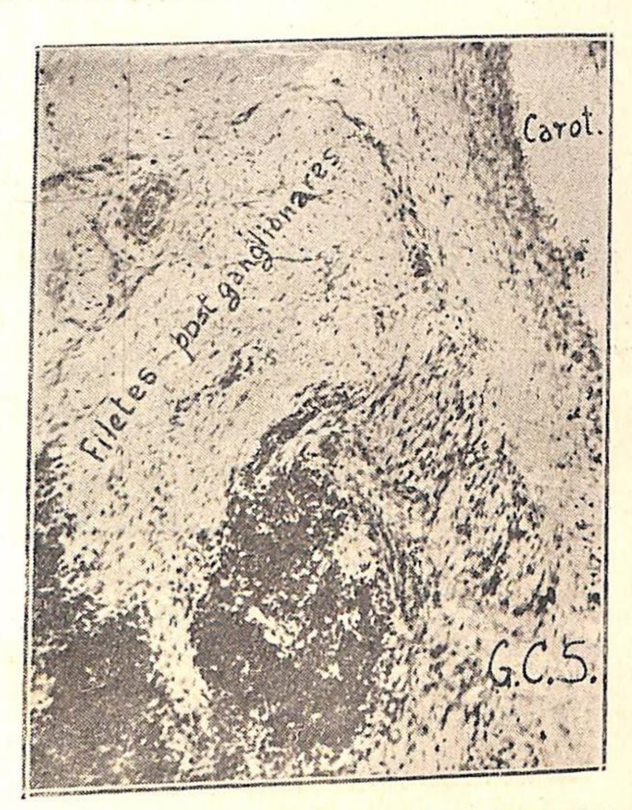


Figura 7: Extremo superior del ganglio cervical superior del gran simpático dando los filetes posganglionares para la túnica externa de la carótida en el feto de 3.o mes. Corte 6143. hemat. eosina. x 135.

Llegados los nervios ciliares cortos mielínicos con los ciliares largos, a la base o al punto de inserción del iris, forman un abundante y rico plexo, tal como puede verse

(**) Estas fibras tendrían su origen probable en los núcleos de Edinger y Westphal, véase más abajo filogenia del núcleo de Edinger y Westphal, Brouwer (22).

en las figuras, 10 y 11. De él parten nuevas fibras que forman plexos secundarios menos ricos y que emiten finalmente fibras delgadas que llegan a las fibras del esfinter del iris (figura 12); alcanzando la vecindad del borde pupilar. Estas fibras mielínicas cuyo aspecto y configuración han sido descriptos en el hombre por primera vez por mí (Balado y Franke) (12) presentan el problema de su naturaleza y origen.

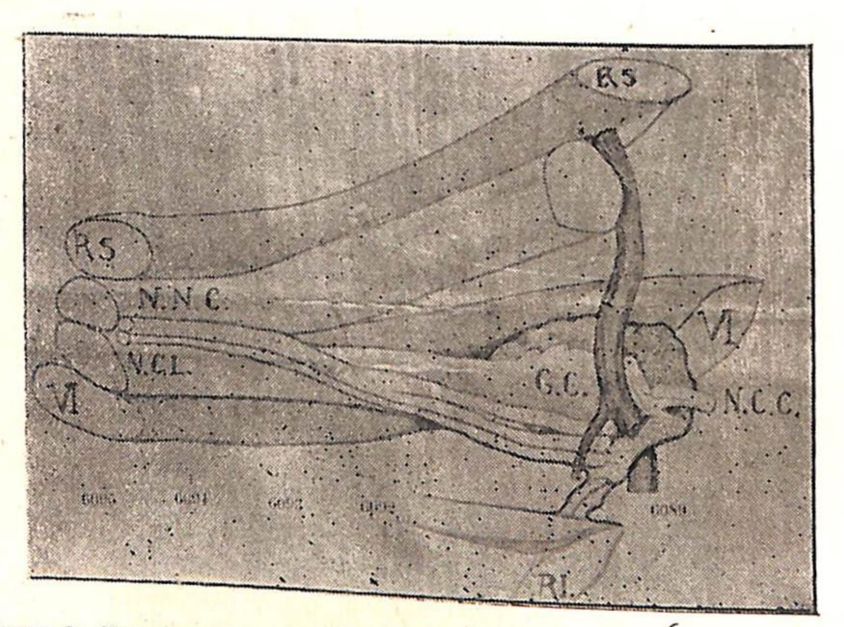


Figura 8: Esquema con aproximada reconstrucción (cortes seriados) del ganglio ciliar del feto de la mitad del 3.er mes. G. C., ganglio ciliar visto por su cara interna recibiendo los filetes del simpático y emitiendo hacia adelante un nervio ciliar corto; N. C. C.; RS, nervio del recto superior; N. C. L.: Nervio ciliar largo (simpático), yendo a terminar en el ganglio ciliar. VI: abducens. RI. Recto interno dando ramos para el ganglio ciliar. N. N. C.: Nervio nasal (trigémino).

Como gran parte de ellas deben provenir de los ciliares largos, su vinculación con el trigémino y su carácter sensitivo no pueden ser discutidos, el problema aparece cuando queremos asegurarnos de su vinculación con el ganglio ciliar. Este ganglio emite fibras mielínicas, es cierto, así que algunas de las que vemos aquí le deben corresponder; la dificultad está en establecer su número y su posición. Para ello hemos comenzado experimentos, en los que continuamos nuestras observaciones, respecto a la degeneración de las fibras mielínicas después de las extirpaciones parciales y totales de los ciliares cortos y largos.

Estas investigaciones se refieren al conejo albino, en el que por su falta de pigmento favorece la investigación.

Por ello la conservación de cierto número de fibras mielínicas en los iris de los tabéticos y de los paralíticos generales, no tiene mayor valor probatorio, puesto que las fibras conservadas pueden no corresponder a la inervación trigeminal solamente.

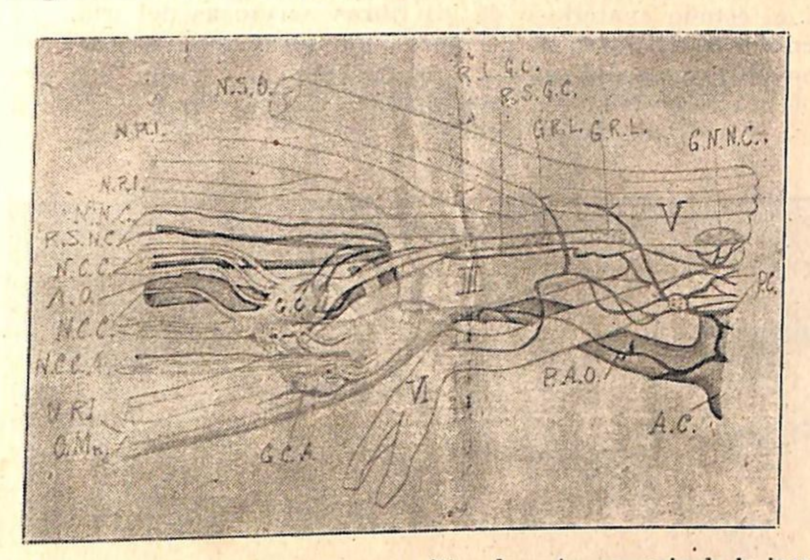


Figura 9: Reconstrucción semiesquemática de cortes en serie de la inervación del iris del feto a término humano (cortes seriados). (Balado) (13). El ganglio ciliar, G. C. recibe por su polo posterior el contingente trigeminal, raíz larga del ganglio ciliar. (R. L. G. C.) la que tiene en su trayecto pequeños ganglios; ganglios de la raíz larga y del nasal corto (G. R. I.) (G. N. N. C.). Los nervios señalados con color negro son los filetes postganglionares del ganglio cervical superior del simpático, que forman el plexo carotídeo del que salen ramos para el trigémino, para el abducens (VI), para la arteria oftálmica, plexo de la arteria oftálmica (P. A. O.) y que sostienen pequeños ganglios del plexo carotídeo (G. P. C.). El ganglio ciliar recibe su contingente, autonómico del tronco común para el recto interno y para el oblicuo menor (NRI y OM). Sobre este tronco se observa un ganglio ciliar accesorio, el que emite a su vez filetes postganglionares, los nervios ciliares cortos accesorios

En el relato presentado por los Dres. Orlando y Moyano (52), los autores se limitan a señalar la desaparición parcial de las fibras mielínicas del iris de los paralíticos generales observados por ellos, sin poder darle el significado que deben tener. Con Adrogué habíamos señalado en 1926 (11), después del examen de pupilas con Argill-Robertson, y con pupilas desnervadas por tumor que farmacológica-

mente presentaban las reacciones de las pupilas denervadas experimentalmente. Y decíamos, pág. 87 de mi libro sobre el Iris (13): "Como se puede observar esta última observación repite en el hombre las condiciones experimentales de la pupila denervada del perro y del conejo. Además, la acción de la adrenalina sobre las pupilas con Argill-Robertson (Casos 1º, 2º y 3º) **nos permite sospechar que en estos casos el estado anatómico de las fibras nerviosas del iris, sea idéntico al del Caso 5.** (Denervación total del iris por sección quirúrgica del óptico y de su vaina a 3 mms. por detrás del globo ocular). Esta hipótesis deberá ser confirmada por la anatomía patológica".

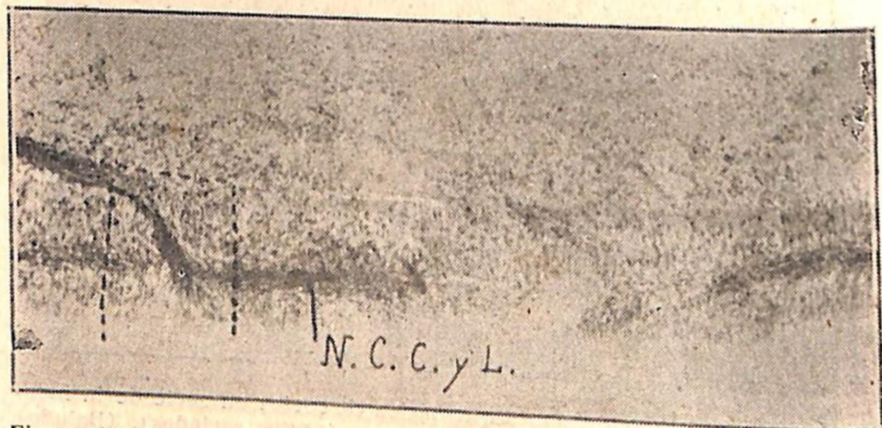


Figura 10: Nervios ciliares cortos y largos en la base del iris humano. Corte 4673 coloración de Balado (13) x 70.

Si los autores confirman en 1935, nuestra hipótesis del año 1926, mediante los preparados que exhiben, no nos dicen nada sobre la naturaleza de las fibras conservadas, es decir, si son motrices o sensitivas, conclusión difícil de llegar puesto que tampoco indican con exactitud el método micrográfico que han seguido para la obtención de los preparados.

Esta observación podrá parecer superflua, desde el punto de vista clínico puro, sin embargo, es fundamental, para el desarrollo del problema de la patogenia del sindrome del Argill-Robertson.

La comparación de la lesión de las fibras mielínicas del iris con las lesiones corticales de la parálisis general no resiste el más mínimo examen crítico. Las fibras mielínicas del iris no se distribuyen en un estroma de células, fibras y glia como es la corteza cerebral; el revestimiento mielínico de la fibra periférica está desprovisto de los elementos oli-

godendróglicos que caracterizan a las fibras mielínicas de la corteza y finalmente los autores no han demostrado que haya en el tejido del iris una reacción microglial como la que se observa en la corteza de los paralíticos generales. Finalmente si los autores quieren comparar, existe una gran cantidad de enfermedades demielinizantes del sistema nervioso, sin necesidad de recurrir a la parálisis general cuya anatomía patológica es tan complicada.

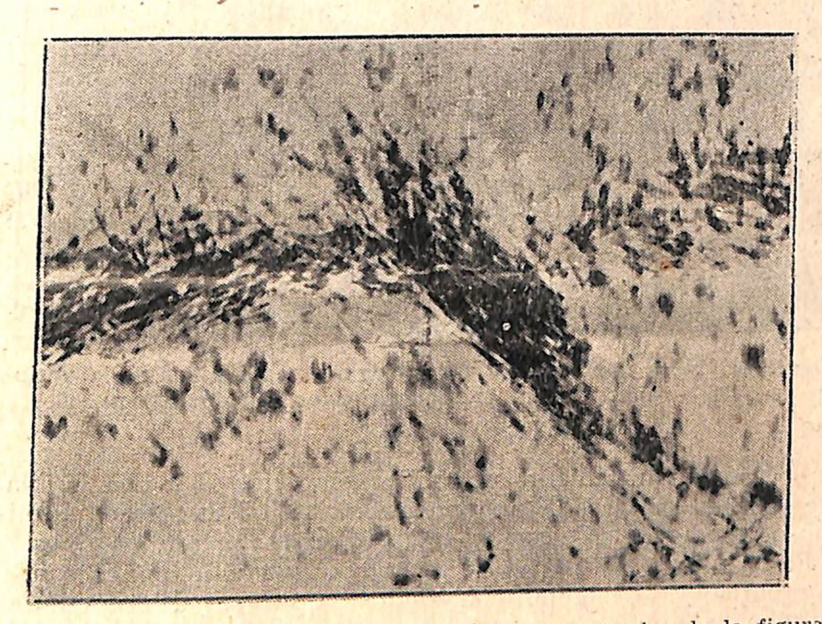


Figura 11: Corresponde al cuadrado de líneas punteadas de la figura anterior. Ramificación y plexo de los gruesos troncos. Coloración de Balado (13) x 335.

Si enfocamos el problema de la pupila, limitándonos al ganglio ciliar, llama la atención, que este ganglio tenga tanta influencia en el comportamiento del esfinter del iris, y que sea en realidad una estación distribuidora y regeneradora de la energía gastada por el esfinter del iris durante su función.

En efecto los impulsos que llegan al ganglio son, por decirlo así, administrados, apareciendo fases negativas, como se puede comprobar mediante la experimentación y la observación clínica de casos apropiados.

En nuestros experimentos efectuados en Rochester Minn., (año 1925) con control fotográfico, y luego medición del tamaño de la pupila, en la copia fotográfica, pudimos comprobar, como hemos dicho más arriba, que el hippus es

un fenómeno fisiológico y en dependencia directa con la integridad de conexiones del iris con los filetes postganglionares del ciliar y del simpático. G. C. S.

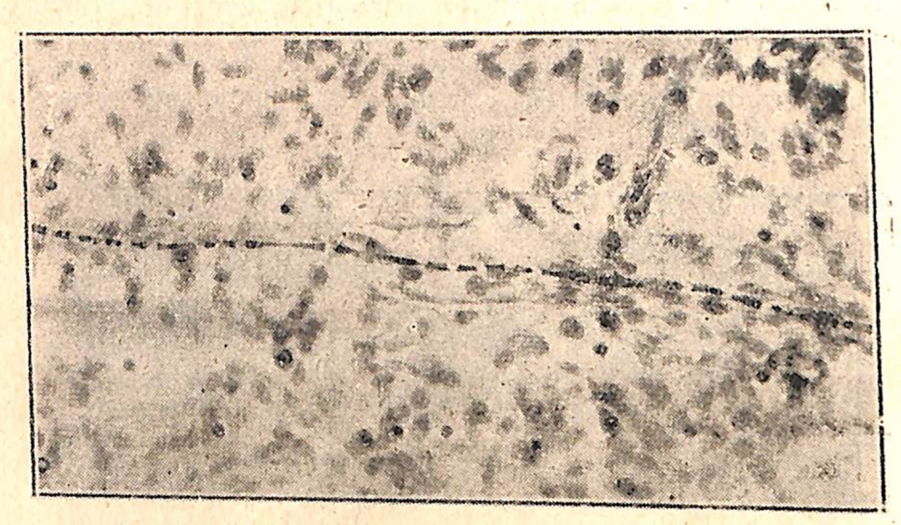


Figura 12: Fibra mielínica aislada en el estroma del iris en la vecindad del esfínter. Corte 4,70. Coloración de Balado (13) x. 335.

Experimentalmente, se comprueba: que si a una pupila se elimina la llegada de impulsos reflejos de origen luminoso, mediante la sección intracraneana de ambos ópticos (Experimento Nº 10), y se destruyen sus conexiones con el simpático y el trigémino mediante la sección de los ciliares largos, la pupila se contrae aunque esté seccionado el motor ocular común. Esta contracción depende del ganglio ciliar, pero la extirpación de este ganglio elimina definitivamente en esas condiciones la contracción ulterior de la pupila.

En el experimento Nº 6, se constató fotográficamente que la pupila se contrae y se dilata espontáneamente con sus sistemas aferentes y eferentes intactos y que las fotografías tomadas cada 20 segundos muestran alternativas de contracción y dilatación que oscilan de un milímetro a un milímetro y medio. Si en esas condiciones se seccionan simultáneamente las fibras preganglionares del ciliar (III par) y del G. C. S. (cadena simpática del cuello), persisten los movimientos pupilares con una extensión de medio milímetro (comprobación fotográfica). La sección del ganglio ciliar y del G. C. S., deja persistir sólo aquellos movimientos del iris que son debidos al ritmo respiratorio.

Que estas variaciones son independientes del aflujo

sanguíneo, lo demuestran las observaciones del experimento Nº 5, durante el cual se ligó la carótida, las oscilaciones pupilares persistieron y la pupila se comportó a ese respecto como una pupila normal.

El tamaño pupilar, indudablemente está regido en parte por la actividad de los sistemas preganglionares del ganglio ciliar y del G. S. La sección simultánea de ambos disminuye la abertura pupilar. (Experimentos Nº 6, 9 y 10).

Igualmente la sección de los filetes postganglionares de ambos ganglios disminuye aún más el diámetro pupilar. (Experimentos Nº 6 y 7).

En las observaciones en que se empleó el método de las excitaciones se comprobó siempre un hecho de gran interés. Me refiero a los períodos negativos que presentan el ganglio ciliar y el G. C. S., a la transmisión del impulso. No todas las veces que se aplica un estímulo eléctrico a los filetes preganglionares del ganglio ciliar o del G. C. S., se obtiene el efecto esperado de inmediato.

Por ejemplo: en el experimento Nº 1, la excitación de las fibras preganglionares del simpático G. C. S., no determina de inmediato la dilatación pupilar, es necesario insistir con el estímulo eléctrico para obtener una respuesta. Igual cosa ocurre en el experimento Nº 3. Pero si la aplicación del estímulo sobre el filete preganglionar del simpático se lleva a cabo en el momento preciso (probable fase negativa del ganglio ciliar de inhibición), la respuesta es máxima y evidente. (Experimentos Nº 2, 3, 4 y 5).

Por el contrario la estimulación de los filetes postganglionares del ganglio ciliar, da siempre una respuesta rápida e intensa. (Experimentos Nº 3, 4 y 5). Esta respuesta es más intensa, cuando están eliminados los estímulos llevados por los filetes preganglionares del G. C. S. (Experimentos Nº 3, 4 y 5).

Es indudable que los ganglios mencionados tienen un ritmo, aparentemente autónomo, con sus fases de facilitación y de inhibición y que el problema debe ser enfocado ahora cual es el origen y la naturaleza de los estímulos que gobiernan ese ritmo. No he de entrar a discutir la hipótesis el origen químico de ese ritmo, defendida en nuestro país por Lewis y Ludueña (46), sobre la base de los trabajos de Feldberg (32). Creo junto con el mismo Dale (28), y con Eccles (32), que el rol de la acetilcolina en la trasmisión del impulso nervioso al nivel de la sinapsis debe ser apreciado con mucha parsimonia. Opino que la introducción en el lenguaje de las expresiones de Dale (28), de fibras colinérgicas y de fibras adrenérgicas puede servir para facilitar la discusión de estos problemas.

El ritmo autónomo de los ganglios mencionados está bajo la dependencia de influjos nerviosos de origen simpático. Ellos llegan a dichos ganglios por vías múltiples, y refiriéndonos solamente al ganglio ciliar, vemos que además de recibir su ramo propio del simpático le llegan influjos simpáticos a lo largo de los filetes simpáticos periarteriales de los vasos que entran en su espesor. Véase Fig. 9.

Los períodos de facilitación y de inhibición del ganglio ciliar, se estudian con toda nitidez, mientras se desenvuelve el fenómeno del reflejo luminoso.

El mecanismo nervioso que entra en juego en la producción del reflejo luminoso y su incorporación al sistema nervioso central es, desde el punto de vista filogenético, de fecha reciente. Bien conocida es la capacidad del iris de los batracios de contraerse bajo la acción de la luz, cuando el ojo está separado por completo de la órbita. Responde directamente a la excitación luminosa sin que entre de por medio mecanismo nervioso alguno central. Por el contrario, en los batracios, la vinculación entre el movimiento del globo ocular y de la pupila, ya existe.

Se puede aceptar con cierta verosimilitud que el reflejo luminoso es de adquisición relativamente reciente como expresión de un mecanismo agregado al sistema nervioso central.

La existencia de fibras retinianas destinadas especialmente al reflejo luminoso, ha sido sostenida por Abelsdorff (1); por Behr (18); Ingvar (41) y sospechada por Brouwer y Zeemann (23). Estos autores suponen que las fibras deben ser amielínicas.

La persistencia del estímulo de origen reflejo luminoso no determina la persistencia de la contracción del esfinter del iris. La contracción pupilar aparece al medio segundo de proyectada la luz sobre la retina (en el hombre), esta contracción es pasajera aunque persista el estímulo luminoso. 1|4 de segundo después de la contracción primera, la pupila se dilata ligeramente, vuelve de nuevo a contraerse, vuelve de nuevo a dilatarse con intervalos entre cada contracción de 1|2 segundo, y finalmente a los 7 a 8 segundos aún persistiendo la iluminación de la retina como al principio, la pupila se dilata hasta el diámetro que tenía al comenzar el experimento. Estas comprobaciones ya hechas por otros autores hace tiempo han sido comprobadas por mí últimamente observando el comportamiento de la pupila con la lámpara de hendidura.

En el mal llamado reflejo de la convergencia, la contracción pupilar se mantiene tanto tiempo como se mantiene la convergencia de los globos oculares.

El comportamiento tan diferente entre el esfinter pupilar bajo la acción del reflejo luminoso y bajo la acción de la convergencia de los globos oculares nos lleva a considerar de nuevo el problema, de si se trata de diferentes clases de fibras motoras o de las mismas fibras motoras pero que la causa del agotamiento en el reflejo luminoso tenga su origen en el sistema nervioso central. Levinshon-Soriano (59a).

En favor de la primera hipótesis tenemos los siguientes hechos: 1º, la adquisición reciente filogenética, del mecanismo nervioso de tipo central del reflejo luminoso; 2º, el rápido agotamiento de la capacidad de contracción del esfinter, bajo la acción de estímulos luminosos por vía refleja; y 3º. en los trabajos de Whitteridge (65), se ha observado que los trazados de las corrientes de acción, son diferentes según se los obtenga de los filetes mediales o laterales postganglionares del ganglio ciliar.

Para considerar la segunda hipótesis nos encontramos con la grave dificultad de establecer: 1º, las vías aferentes, para el reflejo luminoso; 2º, identificar las agrupaciones celulares en el tronco cerebral que entran en juego en el reflejo luminoso.

Hasta hace poco tiempo, se creía que la bandeleta óptica terminaba en parte al nivel del tubérculo cuadrigémino anterior. Los trabajos de Brouwer y Zeeman (23), los de Minkowsky (51), los de Balado y Franke (14), ponen en duda y los últimos niegan que la bandeleta termine al nivel de las capas superficiales del tubérculo cuadrigémino anterior; ya en nuestro país Jakob (40) en la tesis de Nocetti de 1903, dice: "Las investigaciones que se han hecho en el hombre, respecto a la terminación de las fibras ópticas en el cuadrigémino anterior, no han dado resultado". Página 81.

Balado y Franke, en un libro próximo a aparecer, proponen a las células gigantes del geniculado externo en el hombre (capas quintas dorsal y ventral), como las trasmisoras del impulso óptico a los cuadrigéminos, pero que iría a terminar no en la capa superficial sino en la capa profunda, capa 2 y 2. Hare. Magoun y Ranson niegan tal sinapsis en el gato (36b), basados en el método de las excitaciones eléctricas. Que las fibras superficiales del cuadrigémino anterior no tiene nada que ver con la bandeleta, lo demuestra en forma conclusiva Juba (39), revelando que se trata de fibras de proyección occipitales (***).

(***) Magoun (48), opina que este reflejo persiste a pesar de la destrucción de los cuadrigéminos anteriores en el gato. Se apoya en experiencias propias, y en las de Ferrer (33), Levinsohn (45), Bernheimer (20), y Keller y Stewart (42).

De gran interés son los trabajos de Ranson y Magoun (55), Magoun (48), Magoun y Ranson (49), que relatan la desaparición del reflejo luminoso, después de la destrucción de la región pretectal y de la comisura posterior en el gato. Estos autores no aceptan la existencia de una sinapsis entre el G. E. y los cuadrigéminos anteriores, basados en opiniones de Poljak (57); pero este autor no ha dispuesto sino de material experimental.

Es muy probable que una parte del reflejo luminoso se haga a través de los cuadrigéminos anteriores, más difícil es establecer qué porción del núcleo del III par, interviene en el reflejo luminoso. Ya en el año 1888, Starr (8 y 22) procuró localizar funciones en el núcleo del III par, pero un conocimiento imperfecto de la anatomía fina del núcleo de este nervio le impidió dar una idea exacta, especialmente en lo que se refiere al núcleo del recto interno en el hombre. Bernheimer (20), en 1896 demostró un hecho de la mayor importancia y es que los núcleos de ambos rectos internos se fusionan en la línea media dando el núcleo de Perlia (53) (1889); núcleo independizable de los rectos internos por Edinger (1900), y vuelto finalmente a fusionar con los rectos internos por Brouwer (1918) (22). Este núcleo mediano grande y considerado por Edinger y Brouwer como centro de la convergencia de los globos oculares, es una adquisición de los antropoides y del hombre. La fusión de los dos rectos internos se observa en los cercopitecos y en los carnívoros, mientras que los desdentados, roedores, marsupiales, aves, reptiles y batracios poseen los núcleos de los rectos internos separados (Brouwer) (22), Ariens Kappers (8).

Convergencia y estrechamiento pupilar; divergencia y dilatación pupilar son fenómenos simultáneos y muy verosímilmente el núcleo de Perlia en el hombre y en los antropoides envíe su estímulo a los músculos oculares y al esfínter del iris, fenómeno de excitación y de inhibición. Hipotesis de Edinger (31).

El problema es más complicado nos referimos al núcleo de Edinger y Westphal, aceptado por Bernheimer (13), Siemerling (33), Boedeker (33) y Brouwer (15), como en el centro de la musculatura lisa del ojo. Al señalar, que Berheimer, consideraba el núcleo de Edinger-Westphal como centro de la musculatura interna del ojo, debemos hacer notar que este autor no consideraba al ganglio ciliar, como parte en el mecanismo nervioso de la motilidad del iris. Más aún, afirmaba que después de la extirpación de la musculatura interna del ojo (en los monos), este núcleo degeneraba.

Es muy difícil hacer una crítica del hecho afirmado por

Berheimer, pero debe llamar la atención que pudiera existir tal degeneración, a través del ganglio ciliar. Por otra parte, he señalado, Balado (13), que la sección de las fibras mielínicas del III par no tiene por consecuencia la degeneración de las fibras mielínicas del iris, no es posible comprender a la luz de nuestros actuales conocimientos sobre la fisiología del iris y el ganglio ciliar, cómo la lesión de la musculatura interna del ojo puede determinar una lesión transináptica en el núcleo de Edinger-Westphal.

Brouwer, adjudica el papel de centro de la musculatura interna del ojo al núcleo de Edinger-Westphal, basado sobre todo en razones de orden filogenético.

El verdadero centro del esfínter del iris como lo hemos demostrado en la parte experimental es el ganglio ciliar. No hay objeción para admitir que este ganglio reciba impulsos somáticos del núcleo de Perlia y reciba, además, impulsos simpáticos del núcleo de Edinger-Westphal.

De acuerdo con la filogenia el núcleo de Edinger Westphal es un núcleo de adquisición reciente, pues en los batracios y en los reptiles no se lo ha comprobado. (Brouwer), (22). Este núcleo es par en las aves, en los cercopitecos, en los antropoides y en el hombre; impar, en los marsupiales, en los roedores, en los desdentados y en los carnívoros. Brouwer (22).

Que las fibras que emite sean de naturaleza simpática, no puede haber discusiones y que vayan en el tronco del III par, lo demuestran el acúmulo de hechos experimentales y clínicos, observados por todos los autores que se han ocupado del problema. Los núcleos del III par, trasmiten como hemos insistido con Adrogué, Adrogué y Balado (3), impulsos tanto constrictores como inhibidores. Los trabajos de Ingram, Ranson y Hanne (38), Keller (43), Ranson y Magoun (56) y Ranson, Kabat y Magoun (57), aportan pruebas como soporte de esta opinión. Una excepción debe hacerse para el conejo, en el cual estas fibras en gran parte van por el trigémino, como lo ha demostrado Rochat (58) y Balado (13) en 1926.

Hecho muy común es que los filetes del simpático tengan recorridos que no sean típicos. Recordemos que las fibras iridodilatadoras en el conejo y en el gato en gran parte van por la pared interna de la caja del tímpano (de Kleijn, Socin, Burlet) (26), (Balado (13) y en algunos casos también en el hombre. (Torrini) (59).

Más que hechos de orden anatomoclínico, son las constataciones anatómicas y filogenéticas, las que nos proponen la posibilidad de adscribir el núcleo de Edinger-Westphal, a la función de inervación del iris de tipo simpático.

Consideraciones de orden clínico, y de orden patológico:

Al tratar de resolver el problema de orden clínico, como es la patogenia del signo de Argill-Robertson, deben tenerse en cuenta las características anatómicas y funcionales a que nos hemos referido más arriba. En nuestro país ha sido descripta por Soriano (59a), 1926 la semiología y clínica de Argill-Robertson, con toda minuciosidad. La semiología de Argill-Robertson tiene enorme importancia para comparar los resultados experimentales con las observaciones clínicas. Véase Harris (36a).

Se ha tratado de localizar la lesión que determina la ausencia del reflejo luminoso y la persistencia del reflejo a la acomodación. En tres porciones del arco reflejo se han dirigido las investigaciones: porción aferente (retina, nervios ópticos, quiasma, Ingvar (41), bandeleta, geniculado externo, cuadrigémino anterior), comisura posterior, (****) Colier (27), en el centro del reflejo (cuadrigémino anterior, núcleo de Edinger-Westphal, núcleo del III par) en la porción eferente del arco reflejo, (raíces del III par, tronco del III par, ganglio ciliar, nervios ciliares cortos, el iris, el esfínter del iris, los nervios mielínicos del iris).

En un caso observado por mí, de cortos seriados de la vía óptica, de una paralítico general, sólo encontré una atrofia muy pronunciada del pregeniculado denso. El geniculado externo, indudablemente, no era normal, pues existían alteraciones muy típicas de la microglia y un cierto grado de atrofia de las células de ese órgano. Las células gigantes estaban relativamente bien conservadas. En las capas de fibras, no se observó grasa en parte alguna, ni focos antiguos de desmielinización.

Las lesiones del cuadrigémino anterior en mi caso eran difusas y no permitían sacar conclusión alguna.

Tampoco permiten llegar a un resultado los exámenes hechos hasta hoy del núcleo del III par. Los autores que han investigado el problema, no han encontrado lesiones en el espacio tan reducido que ocupa el núcleo de Edinger-Westphal, el núcleo del III par, y los tubérculos cuadrigéminos anteriores. Es una región de una extensión pequeña, y sería muy difícil que pasase desapercibida una lesión de cualquier tipo que ella fuese, con excepción de Collier (27) y Herrmann (37).

(****) Para Harris (36a), las fibras superficiales del cuadrigémino anterior de gato provienen de la bandeleta óptica. Ya en 1904, Harris sostuvo que la decusación en fuente de Meynert era la vía del reflejo entre los cuadrigéminos anteriores y el núcleo del III par. Negó en aquella época toda importancia a la comisura posterior.

Las raíces del III par, así como el tronco del nervio quedan excluídas de la investigación por razones de lógica, aunque Harris (36a) ha observado el Argill-Robertson por lesión parcial de origen traumático de este nervio. (Observación clínica).

Llegamos entonces al ganglio ciliar y a los nervios ciliares cortos. Ya desde 1904, Marina, adjudicó al ganglio ciliar la probabilidad de su lesión en los casos de Argill-Robertson. Los investigadores que han venido más tarde no han comprobado las lesiones, que habían descripto Marina o por lo menos no eran tan intensas como para obtener una conclusión.

Cuando se tiene en cuenta la característica funcional de un ganglio simpático se explica rápida y fácilmente que no hayan encontrado lesiones groseras, pues los elementos ganglionares simpáticos persisten en su morfología largo tiempo, aunque se les haya seccionado la mayor parte de sus ramos aferentes o eferentes. No sufren la atrofia rápida de los elementos del sistema nervioso central porque sus vías aferentes son múltiples, y su cilindro-eje se divide muchas veces.

Localizar la lesión al mismo iris, a su esfinter, es tarea mucho más sencilla desde el advenimiento de la lámpara de hendidura, aparato con el que es posible examinar con toda minuciosidad la anatomía fina de este diafragma. En trabajos desde 1926, hemos insistido con Adrogué (5), que el iris de los tabéticos, con fenómeno de Argill-Robertson, era un iris que debía tener alterada su inervación (véase más arriba).

La diferencia entre los resultados clínicos y los experimentales, reside en que no se puede conseguir experimentalmente la miosis que caracteriza la pupila del Argill-Robertson a la lámpara de hendidura se observa muy raramente. Cuando clínicamente falta el reflejo luminoso se comprueba a la lámpara de hendidura que todavía persiste, es cierto que con escasa excursión, pero existe. Cuando el reflejo luminoso desaparece totalmente, también desaparece el de la acomodación y el de la convergencia. Se tiene la pupila rígida.

La rigidez pupilar se sigue de la desaparición del hipus fisiológico, fenómeno que, como hemos señalado en la parte

(****) Experimentalmente se ha creído por Spiegel (62) y por Magoun y Ranson (47) y (49) que la lesión de la comisura posterior disminuye el reflejo luminoso en su intensidad, aunque ha sido desde 1904 negado por Harris (36a).

fisiológica, depende por entero de la actividad de los ganglios ciliar y G. C. S. del simpático.

La pupila no tiene su borde regular, es piriforme, debido a una atrofia parcial del iris y de su esfinter. El diferente tamaño de las pupilas, es un argumento en favor de la localización periférica de la lesión.

El iris a menudo se altera en su coloración, y muestra depigmentaciones parciales en sector en los casos de tabes y de parálisis general.

La investigación de los nervios mielínicos del iris en estos casos da resultados poco concluyentes, pues la persistencia de parte de ellos, sólo indica que están intactos los filetes trigeminales. La solución del problema reside en el perfeccionamiento de los métodos de investigación de los nervios amielínicos del iris, problema lleno de gran número de dificultades.

En la cirugia de la órbita, se encuentran casos que imitan con toda exactitud lo que se observa en la experimentación. La sección de los ciliares cortos y largos determina la rigidez pupilar sin hipus, como en el caso "Cuevas", la sección parcial de esos mismos nervios no da lugar al hipus, como en el caso "Krinkorian" la parálisis aislada de los ciliares cortos, da dilatación pupilar, escasísimo hipus, falta de reacción de la pupila a los colirios con eserina. "Caso Mar".

No se ha podido imitar experimentalmente el Argill-Robertson. De tiempo en tiempo se mencionan experimentos, hechos en distintos puntos del arco reflejo de todas las vías pupilares, en que se dice haber obtenido la reproducción en el animal del fenómeno de Argill-Robertson, experimentos que no pueden ser reproducidos por otros investigadores. Es simple comprender el fracaso, cuando se tiene en cuenta el tipo especial de inervación que gobierna el esfínter del iris.

BIBLIOGRAFIA

1. **Abelsdorff.**—Zur frage der Existenz gesonderter Pupillarzern im Schnerven Kln. Monatblat", 62; 170, año 1919
2. **Adier.**—Pupilloscopie Findings in lesions in different parts of the reflex are. "Arch. Ophthalm", 55; 262, año 1926.
3. **Androgué y Balado.**—La pupila y la hipertensión craneana. "La Prensa Médica Argentina", enero 1925.
4. **Anderson.**—I. Paradoxical pupil dilatation and other ocular phenomena caused by lesion of the cervical sympathetic tract. "Journal of Physiology", XXX, 1904.
5. **Anderson.**—II. On paralysis of the sphincter of the pupil with special reference to paradoxical constriction and the function of the ciliary ganglion. "Journal of Physiology", pág. 33, 1905-1906.

6. **Anderson.**—III. On the action of pilocarpine, physostigmine and atropine upon the paralysed iris. "Journal of Physiology", 1905-1906.

7. **Arey y Schaible.**—The nervefiber composition of the optic nerve. "Anat. Rec", 58; 3, año 1934.

8. **Ariens Käppers.**—Vergleichende Anatomie des Nervensystems. 1920.

9. **Bach.**—Experimentelle Untersuchungen über die Localisation im Oculomotorius gebiert. "Zentbl. f. Nervenheilk", 1896.

10. **Bach.**—Pupillenstudien. "Graefes Archiv.", Bd. 57, 1904.

11. **Balado y Adrogué.**—Acción de la adrenalina humana sobre la pupila en diferentes estados de inervación del iris. "Bol. del Instit. de Clín. Quirúrg.", Nº 17, 1926.

12. **Balado y Franke.**—Distribución de los nervios mielínicos del iris humano. "Bol. del Inst. de Clín. Quirúrg.", Nº 17, 1926.

13. **Balado.**—El iris. Estudio anatómico y fisiopatológico de su inervación. Buenos Aires, 1927. Se encuentra en ese libro la bibliografía más importante sobre ese tema, hasta la fecha.

14. **Balado y Franke.**—Sobre el modo de penetrac. de la band. en el C. E. humano. "A. M. A.", 1930.

15. **Balado.**—Tercera nota sobre el trabajo de los Dres. Levis y Ludueña sobre "La sensibilidad, etc". "La Semana Médica", marzo 14 de 1935.

16. **Balado.**—Oxford, pasado y presente. "La Semana Médica", 1935.

17. **Bechterew.**—Les voies de conduction du cerveau et de la moelle. París, pág. 285 y 305.

18. **Bhr.**— Physiologie und Pathologie des lichtreflexes der pupille. "Arch. f. Ophthalmol.", 88; 468, año 1913.

19. **Bernheimer.**—Zur Kenntniss der Localisation im Kerngebiete des Okulomotorius. "Wiener klinische Wochenschrift", 1896.

19a. **Behr.**—Die lehre von den Pupillenbewegungen. J. Springer. Berlín, 1924.

20. **Bernheimer.**—Weitere experimentelle Studien zur Kenntniss der Lage der Sphinkter und Levator Kerns. "Arch. f. Ophthalmol.", 70; 539, año 1909.

21. **Biervliet.**—Noyaux d'origine du nerf oculomoteur commun du lapin. "La Cellule", tomo XVI, 1898.

22. **Brouwer.**—Klinisch—anatomisch Untersuchungen über den Okulomotorius kern. "Zeitsch. f. d. g. Neurol. u. Psychiat.", 1917.

23. **Brouwer y Zeemann.**—The projection of the retina in the primay optic neuron in "Monkeys Brain", XLIX, 1926.

24. **Brown y Feldberg.**—Transmission of the impulses in the Autonomic nervous System. "Archivos Argentinos de Neurología", vol. XIII, Nros. 3 4, página 80.

25. **Boedeker.**—Véase Ariens Kappers y Bechterew.

26. **Burlet.** Véase Balado (13).

27. **Collier.**—Nuclear opthalmoplegia, with special reference to retraction of the lids and ptosis and to lesions of the posterior commisure. "Brain", 50; 488, año 1927.

28. **Dale.**—Pharmacology and Nerve. Endings. Proceedings of the "Royal Society of Medicine", vol 28, pág. 319, enero 1935, Londres.

29. **Darkschewitsch.**—Uber d. oberen Okulomot. kern d. Menschen. "Arch. f. Anat. u. Phys.", 1899.

30. **Eccles.**—Balado (16).

31. **Edinger.**—Uber. d. Verlauf d. centralen Hirnnervenbahnen "Arch. f. Pszch.", Bd. XVI, 1885.
32 **Feldberg.**—Véase Dale (20).
33. **Ferrier y Turner.**—Experimental lesions of the corpora cuadrigemina in monkeys. "Brain", 24; 27, año 1901.
34. **V. Gehuchten.**—Le noyau de l'oculomoteur. "Le Nevraxe", 1901.
35. **Gifford y Mater.**—Retained pupillary reactions with no perception of light. "Arch. Ophthalm", 6; 70, año 1931.
36. **Gozzanc.**— Wodurch kommt es zur Aufhebung des sogenanten sympathischen Pupiilen reaktion bei bestehenden Argill-Robertsonschen Phanomen? Zeitsch. f. d. gesan. Neurolog. u. Psychiatr. 95; 644, año 1925.
36a. **Harris.**—Binocular and stereoscopie vision in man and other vertebrate with special reference to the decussation of the optic, nerves, the movements and the pupil light reflex. Brain. 27: 107, 1904.
36á. Harris.—The fibers of the pupillary reflex and the Argill-Robertson pupil. "Arch. Neurol. Psych.", 24, 6, 1195, 1935.
36b. **Hare, Magoun and Ranson.**—Pathways for pupillary constriction "Arch. of Neurol. and Psychiat.", 36, pág. 1189, 1935.
37. **Hermann.**—Zur Frage der morphologischen Beziehungen des Argill-Robertson. "Allgem. Zeitschr. f. Psychiat.", 38; 353, año 1928.
38. **Ingram W., Ranson y Hannet.**—Pupillary dilation produced by direct stimulation of the tegmentum of the brain stem. "Amerc. Journ. of Physiolog.", 98; 687, año 1931.
39. **Juba.**—Repartición de la mácula en el occipital. "Klin. Monath. f. Aug.", 1934.
40. **Jakob y Noceti.**—Las vías ópticas. Buenos Aires, 1903.
41. **Ingvar.**—On the pathogenesis of the Argill-Robertson phenomenon. "Bull. John Hopkins Hosp.", 43; 363, año 1928.
42. **Keller y Stewart.**—The superior colliculli and the pupillary light reflex in the cat. "Amer. Journal of Physiolog.", 101; 64, año 1932.
43. **Keller.**—Autonomic discharges elicited by physiological stimuli in midbrain preparations. "Americ. Journ. o. Physiol", 100; 576, año 1932.
44. **Lenz.**—Untersuchungen uber die intrazerebrale Bahn des pupillar reflexes. Bericht u. d. Versamml. d. deustc. ophth. Gesellsch. 46; 140, año 1927.
45. **Levinsohn.**—Experimental Unterssuchungen über die Beziehungen des vorderen Vierhügels zum Pupillarreflex. "Arch. f. Ophthalm", 72; 367, año 1909.
46. **Lewis.** La sensibilidad del ojo a diversas sustancias simpáticomimeticas. "La Semana Médica", 1935.
47. **Magoun y Ranson.**—The afferent path of the light reflex. A review of the literature. "Arch. of Ophthalmol.", 70; 864, mayo de 1935.
48. **Magoun.**—Maintenance of the light reflex after destruction of the superior colliculus in cat. "Amer. Journ. Physiol", III; 91, febrero 1935.
49. **Magoun y Ranson.**—The central path of the light reflex. (A study of the effect of lesions). "Arch. Ophthalhol.", 70; 791, mayo de 1935.
50 **Merritt y Moore.**—The Argill-Robertson pupil; an anatomie-physiologie explanation of the phenomenon, with a survey of its occurrence in neurosyphilis. "Arch. Neurol. and Psychiat", 30; 357, agosto de 1933.
51. **Minkosky.**—Uber den Verlauf, die Endigung und die zentrale Re-

pras., etc. "Schweizer Arch. f. Psych. u. Neurol.", Bd. VII, Fasc. 2, 1920.

52. **Orlando y Moyano.**—"El Día Médico", diciembre 23 de 1935.

53. **Perlia.—Die Anatomic des Okulomotorius kernes beim Menschen.** "Graefe. Arch.", Bd. XXXV, 1889.

54. **Poljak.**—The main afferent fiber system of the cerebral cortex in primates Berkeley, Calif. "University of California Press.", II tomo, año 1932.

55. **Ranson y Magoun.**—The central path of the pupillo-constrictor reflex in response to light. "Arch. of Neurol. and Psychiatry", 30; 1193, diciembre 1933.

56. **Ranson y Magoun.**—Respiratory and pupillary reactions induced by electrical stimulation of the hypothalamus. "Arch. Neurol. a. Psychiat", 29; 1179, año 1933.

57. **Ranson, Kabat y Magoun.**—Autonomic responses to electrical stimulation of the hypothalamus, preoptic region and septum. "Arch. Neurol. and Psychiat", 33; 467, año 1935.

58. **Rochat.**—Die pupillen innervation die nicht durch Sympathicus und oculomotorius stattfindet. "Zeitsch. J. Augenheilk", tomo LXII, jasc. 3, 1926.

59. **Siemerling.**—Chron. fortschr. Augenmuskellahmugn u. progres Paralyse. "Arch. f. Psych.", Bd. 29, 1899.

59a. **Soriano.**—Motilidad pupilar. Buenos Aires, 1926.

59. **Torrini.**—Klinisch Monatsblat f. Augenh, 1934.

60. **Spiegel.**—Zur Lokalisation des Argill-Robertsonschen Phanomens (insbesondere nach dem Verhalten der vestibularen Pupill enreaktion) "Wiener klin. Wochenscr., 38; 189 y 216, año 1925.

61. **Spiegel y Nagasaka.**—Experimental Studien am Nervensystem: VI. Uber die Beziehung des Pupillenrefleborgens zum vorderen Vierhügel. "Archiv. f. d. gesamte Phiysiologie", 215; 120, año 1927.

62. **Spiegel.**—Further experiments on the localization of the Argill-Robertson phenomenon. (Injuries to the posterior comm:sure), Libro de Oro de homenaje al Profesor Marinesco. Bucarest, 1933.

63. **Westphal.**—Uber e. Fall v. Chron. progres. Augenmusk. etc. "Arch. f. Psych.", XVIII, 1887.

65. **Whitteridge.**—Funcionamiento de los ganglios parasimpáticos. "Archivos Argentinos de Neurol.", vol. XIII, Nros. 3 y4, pág. 68, año 1935.

Dr. Carlos Gutiérrez Noriega

Departamento de Farmacología de la
Facultad de Ciencias Médicas
de Lima

Acción de la cocaína sobre la excitabilidad de los centros bulbares

Tiene la cocaína efectos estimulantes, demostrados por estudios ya clásicos, sobre algunos centros del sistema nervioso central, sobre los centros psicomotores prerrolándicos en particular. Si bien es cierto que esta conclusión es innegable en lo que alude a los centros corticales, queda aún mucho por investigar y definir en cuanto a la acción de este alcaloide sobre los centros nerviosos inferiores, los bulbares en especial.

Se acepta empero, cual hecho indiscutiblemente demostrado, que la cocaína estimula a determinadas dosis los centros bulbares respiratorios vasoconstrictores y cardioaceleradores. Pero las investigaciones más recientes empiezan a demostrarnos que el problema de la acción de la cocaína sobre los centros bulbares no es tan simple y que reclama nuevas investigaciones. Así, **A. Tournade, M. Chabrol** y **P. E. Wagner** (1), estudiando los efectos de la cocainización bulbar en la preparación de anastomosis surreno-yugular de dos perros, advierten que este alcaloide deprime el centro adrenalinosecretor. **V. Aducco** (2) ha, de otro lado, señalado la intensidad y duración remarcables de la hipertensión arterial consecutiva a la excitación farádica del cabo central del vago en los perros cocainizados; sin embargo, el autor no cree que este resultado dependa de un incremento de la excitabilidad de los centros vasoconstrictor o adrenalinosecretor por la cocaína, y supone, en cambio, que existen en el nervio vago dos clases de fibras centrípetas

en relación con los centros vasoconstrictores y vasodilatadores respectivamente; la cocaína, al decir de Aducco, paraliza las fibras relacionadas con los centros vasodilatadores, de lo cual resulta que al estimular farádicamente el cabo central del vago sólo los centros vasoconstrictores reciben estímulo y, en consecuencia, la hipertensión que se produce es muy intensa. Experiencias similares, aunque de conclusión diferente, han verificado **E. Louis Backman** y **Hakan Rydin** (3) ,para ellos también la cocaína influencia la excitabilidad del vago en los animales superiores; la intoxicación por la cocaína determinaría una supresión pasajera, pero completa, de la excitabilidad del vago del gato, invirtiendo a la vez los efectos de la excitación vagal. De otro lado, **H. Cardot** y **J. Regnier** (4) han demostrado que el clorhidrato de cocaína modifica la cronaxia de todo nervio sensitivo: la reobase se eleva y la cronaxia baja tanto más rápidamente cuanto más elevada es la dosis; luego, la cronaxia se eleva. Análogos efectos se producen, según los mismos **H. Cardot** y **J. Regnier,** (5) en el nervio motor. **E. Vercauteren** (6), finalmente, aporta un dato más al concepto de una acción periférica y no central de la cocaína, y observando que este alcaloide produce un efecto depresivo sobre los reflejos vasomotores, afirma que él actúa inhibiendo las terminaciones del nervio de Hering. Vemos pues que como resultado de este conjunto de experiencias se tendería a sustentar que la cocaína no actúa sobre los centros bulbares mismos sino sobre los nervios periféricos, mas ellas, como vamos a ver, no resisten a la demostración aportada por nuevas experiencias. Ya desde 1931 **H. Hermann** y **F. Jourdan** (7) han afirmado que es a nivel de los centros bulbares donde actúa la cocaína. En un trabajo subsiguiente (8) han comprobado que no produce efecto inhibitorio sobre las terminaciones del nervio de Hering. Además, la excitación eléctrica de los nervios erectores de Eckhard conserva su acción en el animal cocainizado, y, en consecuencia, esta substancia no actúa sobre los aparatos vasodilatadores periféricos. Tampoco la hipotesis de **Aducco** resiste a las experiencias críticas de **Hermann** y **Jourdan** (9) que han observado que en el animal cocainizado la faradización del vago no siempre produce hipertensión, en algunos casos se obtiene el efecto inverso. En nuestras experiencias en perros cloralosados hemos obtenido resultados semejantes. En realidad la acción de la cocaína es más intensa, más tóxica, en los animales parasimpaticotónicos y en los animales con parálisis del ortosimpático, según **L. E. Backman** y **H. Rydin** (10). Lo cierto es que en algunos animales, que forman la mayoría de los que hemos estudiado, el efecto hipertensivo

de la fuerte faradización del cabo central del vago, se incrementa notablemente por efecto de la cocaína; en otros animales el incremento es moderado; en otros finalmente, que son muy raros, se produce hipotensión en vez de hipertensión. Mas tales resultados divergentes, como se desprende de nuestra propia experiencia (11) no dependen de los efectos de la cocaína misma, sino de la forma típica de reaccionar de cada perro. En este sentido podemos dividir los resultados en la siguiente forma: los perros que antes de la cocainización reaccionaban con evidente reacción hipertensiva por la fuerte faradización del cabo central del vago, experimentan una intensificación de este efecto, muy notable y muy de acuerdo con el hallazgo de **Aducco**, después de la inyección de cocaína; si el animal, en cambio, reaccionaba con hipotensión —lo cual es muy raro como se deduce de nuestras observaciones en una centena de perros— dos casos pueden ocurrir: primero, que la cocaína intensifique el efecto hipotensivo; segundo, que los disminuya o que incluso lo suprima o invierta. No creemos que estas cuestiones tengan mayor importancia de carácter general. Los resultados de la faradización del cabo central del vago dependen en gran medida de la intensidad del estímulo. Empero, así la observación de Hermann y Jourdan como las nuestras invalidan la hipotesis de **Aducco**, y sin embargo no podemos aceptar sin crítica experimental la conclusión de aquellos, según la que es a nivel de los centros bulbares donde se ejerce la acción de la cocaína, acción que consistiría, principalmente, en una hiperexcitabilidad de los centros vasoconstrictores y a una prolongación en la descarga de adrenalina.

Hermann y Jourdan no consideran, al establecer la precedente conclusión, que la cocaína intensifica considerablemente los efectos farmacodinámicos de la adrenalina, y como toda excitación del cabo central del vago produce una descarga de adrenalina, podemos preguntarnos si la intensificación de los efectos hipertensivos de dicha excitación por influencia de la cocaína es resultado únicamente de la notable acción sinérgica entre este alcaloide y la adrenalina, sin que medie, en consecuencia, una excitación directa de los centros bulbares. En nuestro sentir, no demuestran las experiencias de **Hermann y Jourdan** que la cocaína excita los centros bulbares; toda la serie de experiencias que hemos citado hasta este momento, incluyendo las nuestras, sobre la intensificación de los efectos de la faradización del cabo central del vago por la cocaína se podría explicar, simplemente, por la notable e inmediata sensibilización que la cocaína y sus sucedáneos ejercen sobre la adrenalina. Acerca

de la validez y constancia de este efecto sensibilizante están en uniforme acuerdo las investigaciones más diversas: de **Wieman** (12), **Steile** (13), **Sternberg** (14), **Bacq** y **Lefebvre** y **Delrez** (16), **E. Philippot** (17). En fin, **B. M. Bacq** ha demostrado muy recientemente que los sucedaneos de la cocaína misma intensifican la acción de los adrenosímiles, de la simpatina.

Planteado así el problema, sólo existía un medio para resolverlo: repetir las experiencias de la excitación del cabo central del vago en los perros con ablación total de las suprarrenales.

En una larga serie de experimentos hemos estudiado los efectos de la excitación del cabo central del vago en perros suprarrenoprivos, antes y después de la inyección de clorhidrato de cocaína. En tales animales la excitación farádica del vago produce sus efectos acostumbrados, y, en este sentido, nuestras observaciones confirman plenamente los hallazgos de **Raymond-Hamet** (18) quien afirma que la hipertensión producida por la excitación del cabo central del vago no se debe solamente al aumento de secreción de adrenalina, pues se produce en ausencia de suprarrenales. Sin embargo, la hipertensión no es en los perros suprarrenoprivos tan intensa como en los intactos.

Hemos utilizado en todas estas experiencias la técnica acostumbrada para el registro de la presión arterial (manómetro de Ludwig, anestesia por cloralosa), tomando un trazado simultáneo de la respiración, pues los efectos de la excitación del cabo central del vago sobre esta última función son tan interesantes, o más aún, que los arteriales mismos. La cantidad de clorhidrato de cocaína inyectada por vía endovenosa fué casi siempre de un miligramo por Kgr. de peso. **Aducco** ha utilizado dosis de un centígramo por Kgr., lo cual nos parece excesivo, pues con dosis tan altas se producen, con cierta frecuencia, efectos depresivos. Las experiencias han sido verificadas unas veces a continuación de la doble ablación de las suprarrenales, otras, algunas horas después del trauma quirúrgico. No hemos encontrado diferencias apreciables entre los resultados de estos dos procedimientos. Las excitaciones farádicas han sido las de menor duración e intensidad para producir los efectos requeridos (hipertensión e inhibición de la respiración), por lo regular de una duración de 5 segundos y nunca mayor de 10.

Examinemos ahora los resultados de la experiencia del 31-X-36, expuestos en lo Fig. 1. Los trazados se registraron algunos minutos después de la ablación de las suprarrenales (la notación de la escala graduada corresponde sólo a una de las ramas del manómetro). La excitación del cabo

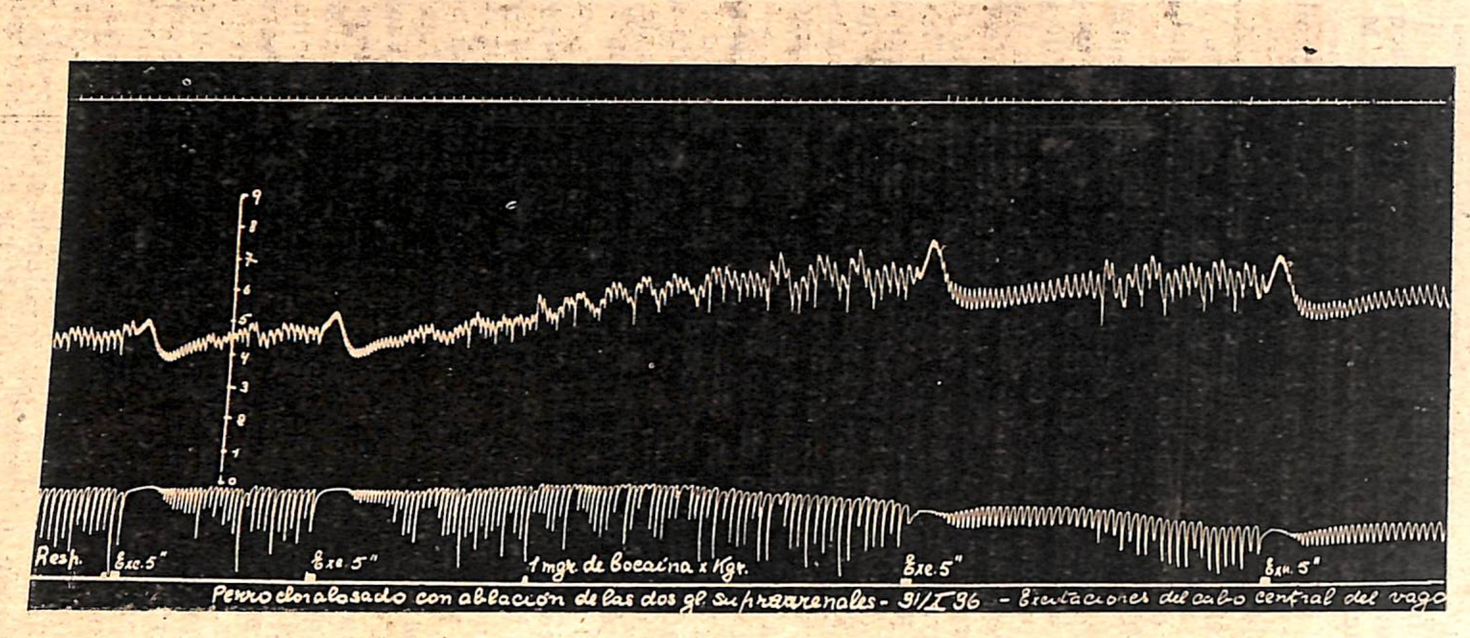

Resp.
Exc. 5"
Exc. 5"
1 mgr. de Cocaína x Kgr.
Exc. 5"
Exc. 5"
Perro cloralosado con ablación de las dos gl. suprarrenales - 31/X 36 - Excitaciones del cabo central del vago

Fig. 1.





Resp.

Int.

Exc. 5" Exc. 10" ↑ Iny. 1 mgr. x Kgr. Exc. 5" Exc. 10"

Efecto de la cocaína sobre el resultado de la excitación del cabo central del vago - 6/X 36

Cocaína

Perro 10 Kgr.

Fi'. 2.

central durante 5" produce una elevación de presión muy reducida. La misma excitación en un perro con suprarrenales intactas (v. la Fig. 2), origina una reacción considerablemente mayor, de lo cual puede inferirse la gran importancia que la descarga adrenalínica tiene en este reflejo. Pero continuemos en el examen del gráfico de la Fig. 1: la excitación produce al mismo tiempo que leve hipertensión, apnea, la cual se prolonga algún tiempo después de terminada la excitación, originándose a continuación, después del período apneico, una polipnea transitoria. En este sentido, la ablación de las suprarrenales no parece influír sobre el componente respiratorio del complejo reflejo que resulta de la excitación del cabo central del vago, lo cual nos indica que este efecto depende casi exclusivamente de la excitación de los centros bulbares y no de una variación humoral simultánea. Luego inyectamos 1 mgr. de clorh. de cocaína por Kgr. Inmediatamente se registra un aumento de la presión arterial. Este resultado es interesante desde el punto de vista de nuestro estudio. Ha sido de una gran constancia en todas las experiencias y nos indica que el alcaloide estimula el centro vasoconstrictor bulbar. El efecto desaparece si se seccionan los esplácnicos; es, por ende, de causa central. A continuación excitamos nuevamente el cabo central; la hipertensión que se produce es, indudablemente, mayor que las precedentes, lo cual indicaría una estimulación del centro vasoconstrictor independientemente de toda variación de la adrenalinosecreción o de la sensibilización de esta hormona por el alcaloide. Los efectos sobre la respiración no son tan demostrativos; se observa sólo una prolongación del período depresivo post-excitatorio. Debemos advertir, sin embargo, que no en todos los casos se obtiene un resultado tan evidente; a menudo, la inyección de cocaína no modifica los efectos de la excitación del cabo central del vago, aunque esto no es frecuente.

En la experiencia del 6-X-36 (Fig. 2), el perro no ha sufrido la extirpación de las suprarrenales; en este caso, en consecuencia, a los efectos directos del alcaloide sobre el centro vasoconstrictor y sobre la secreción de adrenalina —que puede intensificarse o disminuir— se agregan los de tados no son, como era de prever, mucho más notables que en el caso de los perros suprarrenoprivos; hay incremento de los efectos de la excitación, pero un incremento moderado. Esto nos hace sospechar que la secreción de adrenalina sufra mengua, como lo afirman **Tournade, Chabrol** y **Wagner**. En otros casos, los efectos de la intensificación de las reacciones de la faradización son mucho más señalados. En el mismo gráfico 2, observamos los efectos sobre la respi-

ración y sobre el intestino. Después de la inyección de cocaína la perturbación que la respiración sufre por la faradización del cabo central es más marcada y la inhibición del peristaltismo intestinal, consecuencia de la intensificación del efecto adrénico, lo es también.

En la experiencia del 2-XI-36 (Figs. 3 y 4) observamos los efectos de la faradización del cabo central del vago antes y después de la cocainización en un perro suprarrenopri-

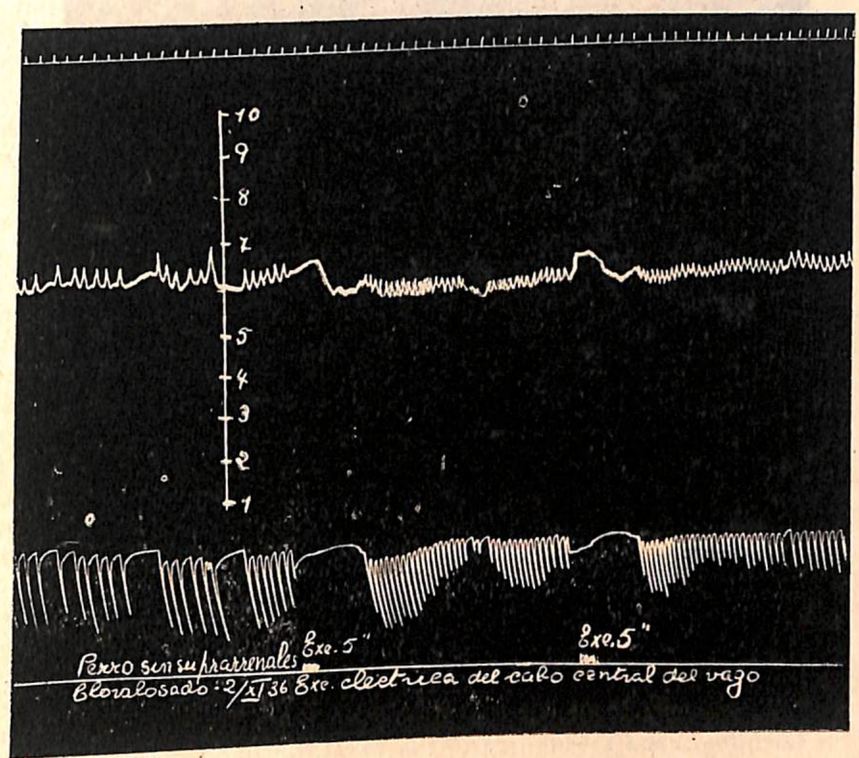


Fig. 3.

vo. Las elevaciones de presión correspondientes a las excitaciones de la Fig. 4 son con mucho más marcadas. En cambio, la inhibición de la respiración (el período apneico excitatorio y post-excitatorio) es mucho menor, no manifestándose, además, la polipnea post-excitatoria. El resultado es, por consiguiente, similar al estudiado en la Fig. 1.

Finalmente, en la experiencia del 10-XI-36, Fig. 5 (perro cloralosado y sin suprarrenales) observamos el incremento de la reacción hipertensiva por la faradización del cabo central del vago en series progresivas. El primer trazado

(I) fué tomado antes de la inyección de cocaína. En el II el perro había recibido 1 mgr. de este alcaloide por Kgr. Se observa una ligera intensificación de los efectos. En IV y V se le inyectó 1 mgr. y 2 mgrs. más, respectivamente, no observándose un aumento gradual de los efectos. En general, en todas nuestras experiencias sólo la primera inyección, de

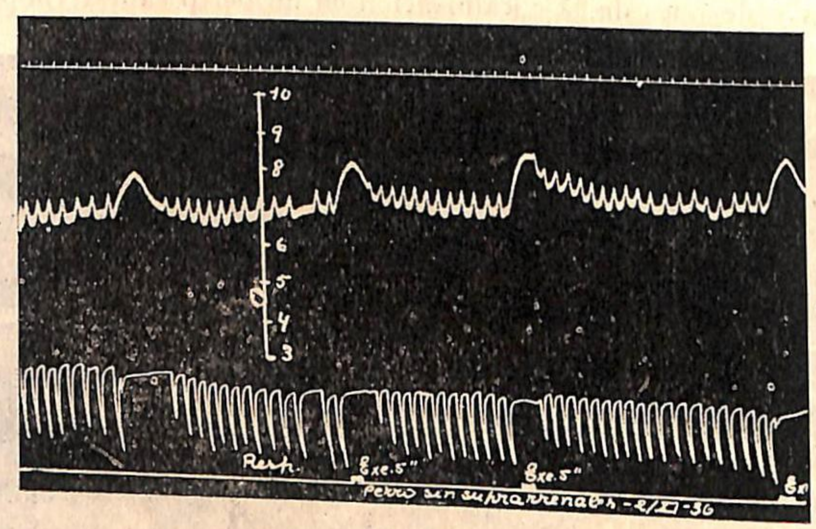


Fig. 4.

1 mgr. por Kgr., suscitó afectos apreciables; las inyecciones sucesivas de la misma dosis nunca incrementaron los efectos de la primera, y, finalmente, las dosis altas, próximas a 1 cgr. por Kgr. ofrecieron resultados opuestos, disminuyendo las reacciones resultantes de la faradización del cabo central del vago.

Podemos afirmar como resultado de estos trabajos que la cocaína actúa intensificando la excitabilidad de los centros bulbares, pero sólo débilmente y no en una forma constante. El método de la faradización del vago no nos parece muy apropiado para esta clase de estudios, pues aún considerando que las medidas de tiempo e intensidad de la faradización fueron muy exactas, hay otras muchas causas de error. No es posible, sin embargo, negar cierta altivez a los resultados.

A fin de poder demostrar la acción de la cocaína sobre los centros bulbares por un medio que no fuera la faradización del cabo central del vago, emprendimos, en otra serie de experiencias, el estudio de las variaciones de reacción que antes y después de la inyección de cocaína la respiración sufría por efecto de la inyección de lobelina, substancia que,

como es bien sabido, excita el centro respiratorio. Todos los perros de estas experiencias sufrieron, como los anteriores, ablación de ambas suprarrenales, la denervación de los senos carotídeos y la sección de los vagos, a fin de evitar los efectos de la lobelina sobre las zonas vasosensibles, lo cual, naturalmente, falsearía los resultados. Pues bien, en estas condiciones no hemos podido demostrar que la cocaína aumente la excitabilidad del centro respiratorio, pues la reacción a la lobelina era en todos los casos idéntica.

Finalmente, hemos faradizado, con corrientes muy débiles, directamente el bulbo, observando los efectos sobre la respiración y sobre la presión arterial que se producen por esta excitación directa. En la mayoría de casos la cocaína determina una intensificación apreciable de las reacciones.

El reflejo óculo-cardíaco sólo experimenta muy leves variaciones por efecto de la cocaína. Tengamos en cuenta que en este reflejo intervienen, a no dudarlo, varios centros bulbares. La conclusión general de esta serie de observaciones es la siguiente: si el reflejo es de tipo vagotónico, la cocaína casi no lo modifica en los perros cloralosados. En cambio hemos observado que si el reflejo de la excitación del cabo central del vago era, en raros casos, invertido en el perro suprarrenoprivo; es decir, con reacción hipotensiva, la cocaína podía transformarlo, algunas veces, en reacción hipertensiva. Más interés ofrece el estudio del reflejo óculo-cardíaco invertido, natural en ciertos perros y que se ofrece en forma casi constante después de la doble vagotomía; en todos estos casos, especialmente en los primeros, la cocaína suele intensificar notablemente este reflejo invertido.

Así, examinemos la experiencia del 19-IX-36. Perro cloralosado, presión arterial en primer término y respiración en segundo. Tiempo 6". En la Fig. 6, antes de la inyección del alcaloide, observamos los efectos de la compresión ocular sobre la presión y sobre la respiración. En la Fig. 7, después de la inyección de 1 cgr. de extracto de coca por Kgr., obsérvase una intensificación notable de los resultados, así del trazado de presión como del neumograma. En relación con los experimentos precedentes —y aún considerando el resultado negativo de las experiencias con la lobelina— debemos advertir que aquí interviene un estímulo de los centros bulbares producido por la cocaína, lo cual determina una intensificación muy apreciable de las reacciones derivadas de la compresión ocular. Debemos recordar, en atención a la más exacta interpretación de esta experiencia, que **H. Hermann, L. Merklen, D. Santenoise** y **M. Vidacovitch** (19), en muy recientes experiencias, que la compresión ocular origi-

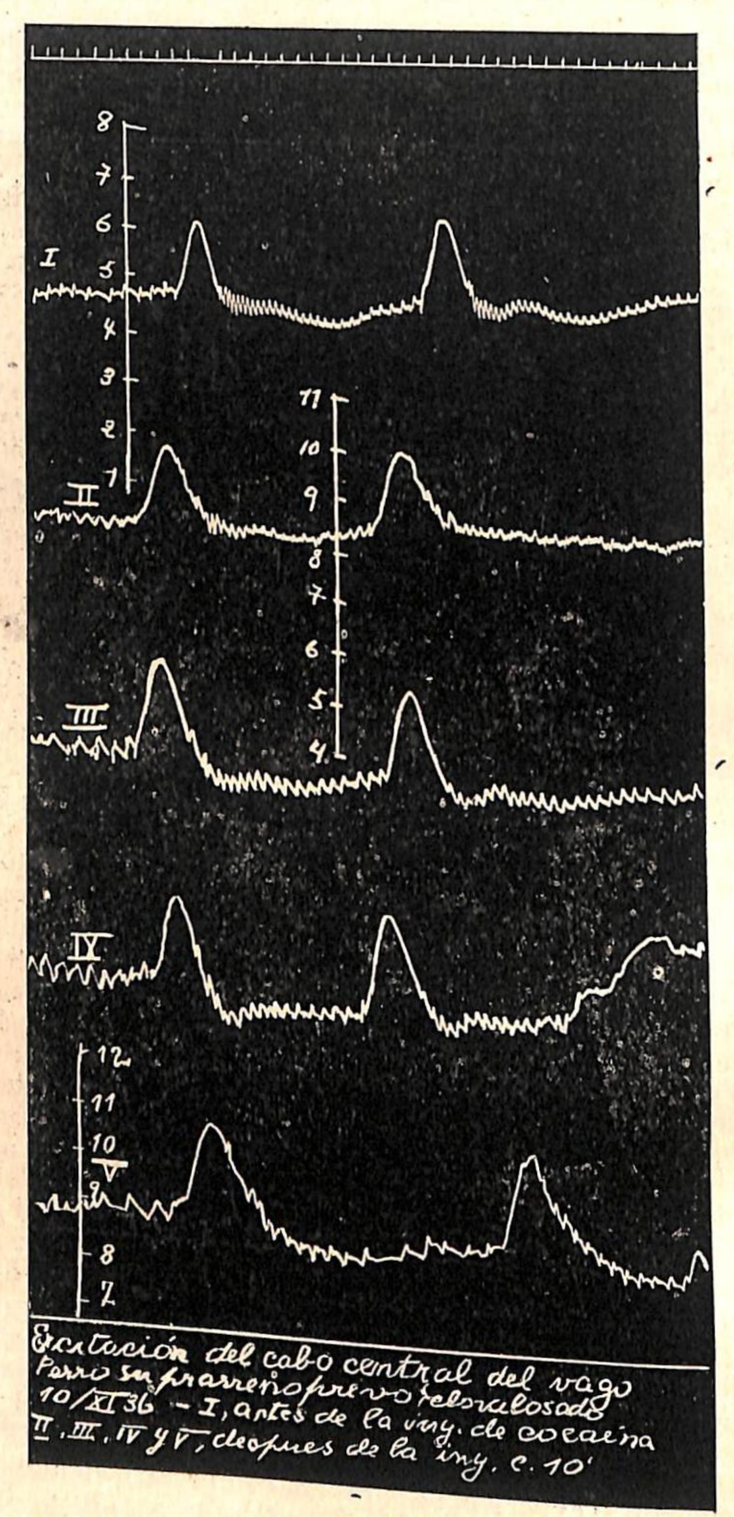

Excitación del cabo central del vago
Perro suprarrenoprivo cloralosado
10/XI 36 - I, antes de la iny. de cocaína
II, III, IV y V, después de la iny. c. 10'

Fig. 5

na una descarga adrénica; por consiguiente, en el resultado de este experimento como en la crítica que hemos hecho a

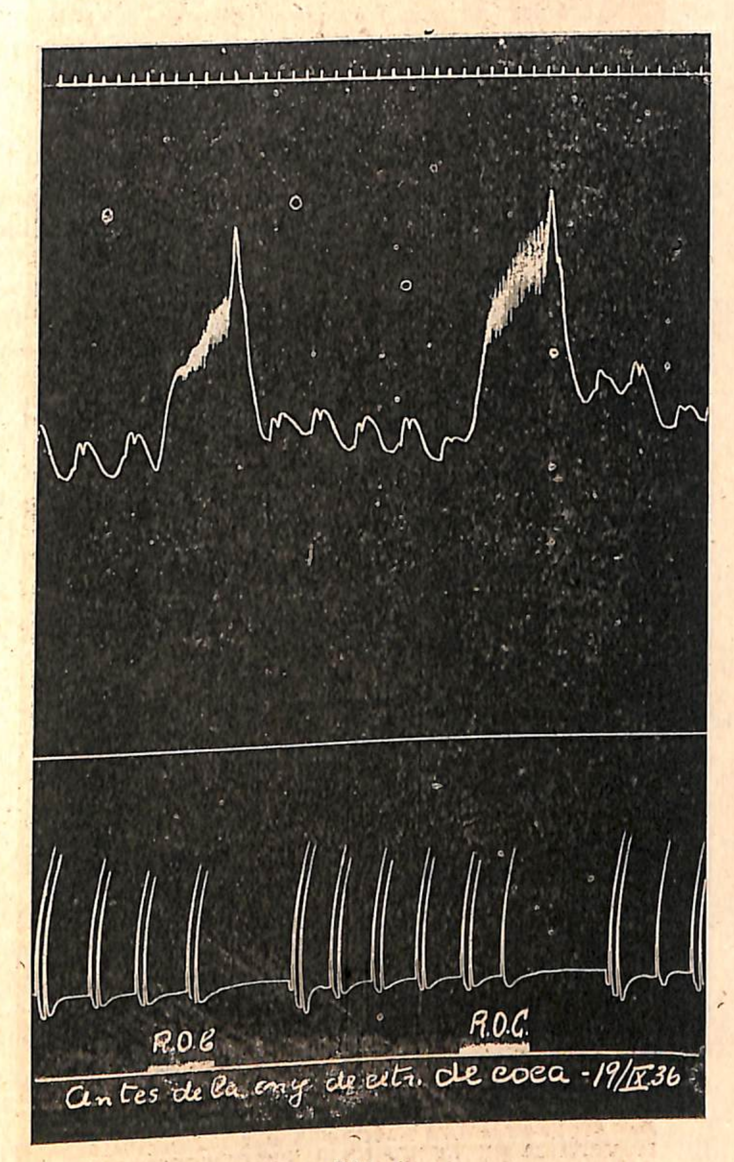


Fig. 6.

los trabajos de **Hermann** y **Jourdan** debemos ser muy cautos, no atribuyendo toda la intensificación de los efectos de la compresión después de la cocainización del animal a una mera y única acción estimulante sobre los centros bulbares,

sea del vasoconstrictor o del centro bulbar adrenosecretor, pues por lo menos parte del resultado depende del sinergis-

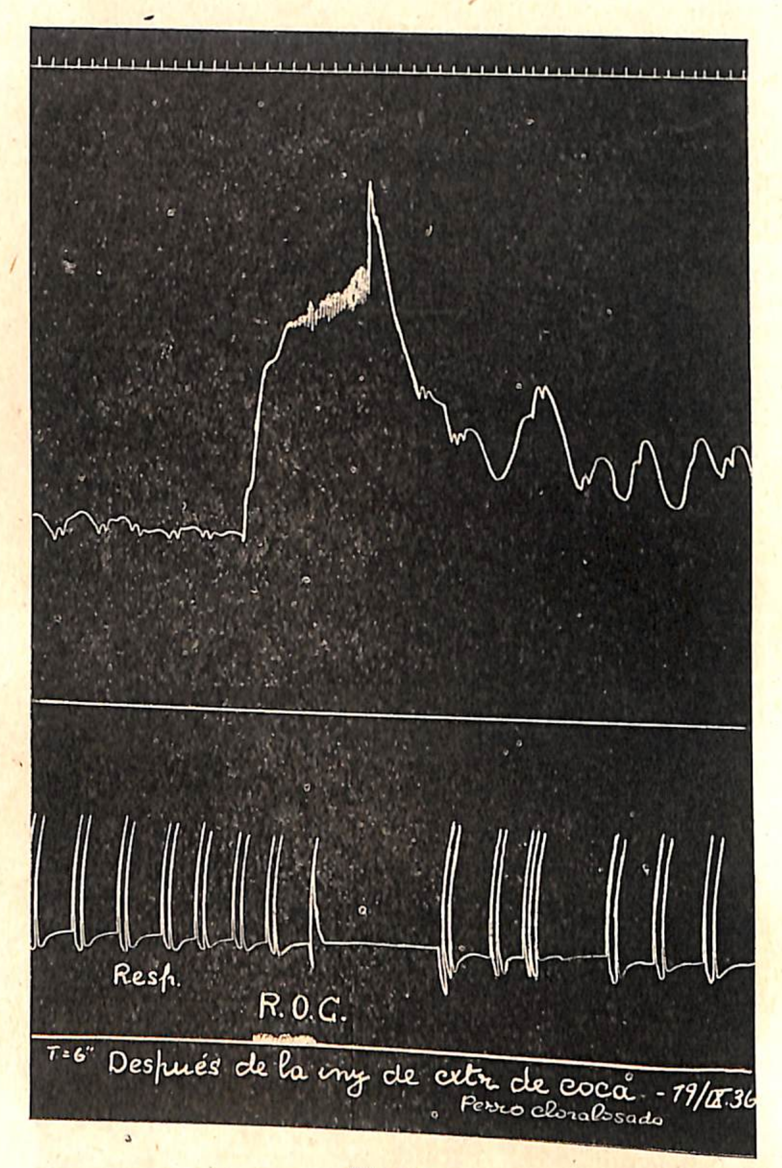


Fig. 7.

mo, que se verifica en la periferia, entre cocaína y adrenalina. Nunca será bastante encarecer este punto de vista para no sobrevalorar los resultados.

CONCLUSIONES

1.—La cocaína sólo tiene un leve afecto estimulante sobre los centros bulbares.

2.—Hay amplias variaciones respecto al tipo e intensidad de las reacciones de los animales estudiados a la cocaína. Así, los perros suprarrenoprivos, unos manifiestan apreciables estímulos bulbares por la inyección de cocaína, y otros, en cambio, se afectan muy poco o nada en absoluto.

3.—En los animales intactos la cocaína actúa modificando por triple mecanismo algunas reacciones dependientes de la excitabilidad bulbar como el reflejo óculo-cardíaco o la faradización del cabo central del vago. Estos tres mecanismos son los siguientes: acción estimulante directa sobre los centros bulbares (respiratorio, vasoconstrictor y adrenosecretor principalmente); modificación de la secreción de adrenalina, por excitación o depresión del centro correspondiente; y, finalmente, intensificación por sinergismo de los efectos fármaco-dinámicos de la adrenalina.

4.—Las fuertes dosis de cocaína deprimen, en vez de intensificar, las reacciones antes anotadas.

BIBLIOGRAFIA

1. **A. Tournade, M. Chabrol y P. E. Wagner**, Comp. Rend. Soc. Biol., T. XCIII, pág. 160, 1925.
2. **V. Aducco**, Arch. Ital. Biol., T. 82, pág. 70, 1930.
3. **E. Louis Backman y Hakan Rydin**, Comp. Rend. Soc. Biol., T. XCV, pág. 1048, 1926.
4. **H. Cardot y J. Regnier**, Jour. de Physiol. et de Pathoiog. Gen., T. XXV ,pág. 37, 1927.
5. **H. Cardot y J. Regnier**, Bull. Sc. Pharm. XXXIII, N.os 1 y 2, 1926.
6. **E. Vercauteren**, Comp. Rend. Soc. Biol., T. 108, pág. 244, 1931.
7. **Hermann y Jourdan**, Comp. Rend. Soc. Biol., T. 107, pág. 706, 1931.
8. **Hermann y Jourdan**, Comp. Rend. Soc. Biol., T. 113, pág. 792, 1933.
9. **Hermann y Jourdan**, Comp. Rend. Soc. Biol., T. 113, pág. 796, 1933.
10. **L. Backman y H. Rydin**, Comp. Rend. Soc. Biol. T. XCV, pág. 1050, 1926.
11. **C. Gutiérrez y D. Acevedo**, Act. Med. Peruana, T. I., 1935.

12. **Wieman**, Deutch. Zeitschr. f. Chirug., T. 179, pág. 388, 1923.
13. **Steidle**, Zeitschr. f. d. exper. Med., T. 40, pág. 369, 1924.
14. **Sternberg**, Arch. für exper. und. Pharm., Ts. 100 y 101, 1923.
15. **Bacq y Lefebvre**, Comp. Rend. Soc. Biol., T. 116, pág. 342, 1934.
16. **Lefebvre y Delrez**, Comp. Rend. Soc. Biol., T. 116, pág. 652, 1934.
17. **Phillippot**, Com. Rend. Soc. Biol., T. 118, pág. 802, 1935.
18. **Raymond Hamet**, Comp. Rend. Soc. Biol., T. 112, pág. 1183, 1933.
19. **H. Hermann, L. Merklen, D. Santenoise, M. Vidacovitch**, Comp. Rend. Soc. Biol., T. 112, pág. 1075, 1933.

Dr. Fernando de Allende Navarro

Epilepsia y plexos coroides

Mis investigaciones de anatomía humana y comparada de la barrera ecto-mesodérmica en la epilepsia, me permitieron examinar dos casos de un interés clínico incontestable (1).

Uno de ellos concierne a un papagayo gris, que me había sido enviado por el Prof. Ariens Kappers, equivocadamente como material normal. El pájaro había muerto muy joven, sin haber aprendido a hablar y falleció después de haber presentado durante algún tiempo crisis epileptiformes.

El estudio microscópico del cerebro puso de relieve lesiones graves de los plexos coroides del cuarto ventrículo y de los ventrículos laterales, caracterizadas a primera vista por una reducción global de volumen y del número de vellosidades, al mismo tiempo que por la atrofia manifiesta del epitelio glandular. (Fig. 3). Las células glandulares aparecen achatadas, aplastadas y aún con un fuerte aumento los detalles estructurales se distinguen con dificultad. El plexo coroide del ventrículo lateral derecho no existe y en su lugar el septum mediano adhiere estrechamente al parénquima cerebral.

Las alteraciones de la palizada ependimal ofrece rara vez una solución de continuidad; en cambio muy a menudo se observa su proliferación, su aspecto estratificado. Sin embargo, la imagen patológica más importante se halla situada en el nivel del 3.er ventrículo, en donde las células

(1) Realizadas en el Instituto de Anatomía Cerebral de la Universidad de Zurich, dirigido entonces por su fundador el Prof. von Monakow.

del epéndimo, abundantemente proliferadas, se encuentran provistas de un largo flagelo que penetra en profundidad en el tejido nervioso; de un rico protoplasma y de un núcleo voluminoso que fija intensamente los colorantes, es decir, que la célula epitelial tiene un **aspecto embrionario típico.**

Los diferentes ganglios del striatum presentan alteraciones difusas que revisten una cierta importancia en el nivel del mesostriatum. En este órgano la neuroglia entra en actividad. Algunos elementos nerviosos presentan lesiones degenerativas.



Fig. 1.—

En resumen, las alteraciones anótomo-patológicas se reducen a una microplexia, podríamos decir, y a un **aspecto estratificado y embrionario del epéndimo en el nivel del tercer ventrículo.**

De mis observaciones anátomo-patológicas en la epilepsia humana extraigo el caso siguiente:

Se trata de un obrero de 28 años de edad, que gozaba de relativa buena salud. No bebía. Dos hermanas habían fallecido de tuberculosis, otros tres no presentaban nada de particular. Emprende una excursión y camina tres horas. Se siente mal, extenuado, pasa una noche de insomnio. Al día siguiente se levanta muy temprano y va en ayunas a una

iglesia. Después de permanecer largo tiempo de pie, se desploma bruscamente, pierde el conocimiento y presenta fenómenos convulsivos. Algunas horas más tarde vuelve en sí; se queja de dolores en los hombros y en la espalda, tiene una manifiesta inseguridad en todos sus movimientos, especialmente para marchar. A pesar de todo, resuelve ponerse en camino de regreso. En Basilea, después de un almuerzo sobrio, sobreviene una nueva crisis con caracteres epileptiformes francos. Trasportado al Hospital no se constata nada de anormal. Los signos de Babinski, Romberg y Kernig son negativos. Las pupilas reaccionan normalmente. El enfermo está agitado y por todo monta en cólera. Al día siguiente fallece súbitamente.

La autopsia practicada por el Prof. Rössli no arroja ninguna luz. Al examen macroscópico, aparte de un edema del hígado y de una ligera perturbación renal no se constató nada de especial. Desde el punto de vista microscópico las investigaciones fueron negativas y sólo en la hipófisis se observó un aumento poco común de los basófilos y una falta de eosinófilos.

El examen microscópico del cerebro reveló lesiones insignificantes, banales y sin importancia en la médula, en el puente de Varolio, en el cerebelo, en la fascia dentada y en la circunvolución hipocámpica.

Las lesiones anátomo-patológicas de importancia se encontraban localizadas en los plexos coroides del cuarto ventrículo y de los ventrículos laterales. En las vellosidades de los plexos del cuarto ventrículo encontré una lesión que no ha sido descrita hasta el presente. Las ansas glandulares se hallaban disminuídas de número y de volumen y ofrecían un típico aspecto vermicular. El tejido conjuntivo había desaparecido en la mayor parte de las vellosidades en tal forma que las células epiteliales entraban en contacto directo con el capilar. Esta imagen anátomo-patológica en un todo semejante al plexo de las aves, caracterizado por la **ausencia del elemento mesodérmico,** me llevó a denominar este tipo de lesión con el nombre de **tipo aviculus.** Existía además la presencia de depósitos calcáreos intra-epiteliales y en el tejido conjuntivo. Algunas papilas vasculares se encontraban en vía de reabsorción.

Los plexos del cuerno de Ammon presentaban otra imagen patológica característica. A un débil aumento las ansas vasculares se ven francamente reducidas de volumen y atrofiadas. Con un fuerte aumento puede observarse la atrofia del epitelio generalizado e irregular, pues en algunas vellosidades se observa hasta su desaparición. En otras papilas



Fig. 2.

el revestimiento epitelial presenta la curiosa imagen de una rueda de engranaje, pues, entre las células quedan uno o dos



Fig. 3.—

o más espacios libres. El núcleo se tiñe fuertemente por los colorantes y se halla tanto en la base como en la periferia de la célula. El protoplasma se colora difícilmente, su aspecto es polvoriento, granuloso; otras veces vacuolar, observándose además pequeños depósitos negruscos en el seno del cuerpo celular con relativa frecuencia.

El tejido conjuntivo presentaba serias alteraciones; se encuentra ricamente vascularizado, se engruesa alrededor de los vasos; se tiñe fuertemente por los reactivos. A medida que se acerca de la periferia el tejido cambia de contextura, las mallas disminuyen de espesor, toman un aspecto aereo-



lar, fibrilar, a mallas anchas, espongioso y termina por desaparecer, quedando un vacío entre mesoderma y el epitelio. En el centro de la papila existe como vemos un proceso

reactivo, una hipertrofia que concluye en un proceso de reabsorción. Entre los espacios intervellosos se encuentran abundantes células en descamación, extravasaciones sanguíneas, restos de capilares rodeados de una espesa adventicia.

El cuadro anátomo-patológico general deja la impresión que se trata de una afección **crónica y esencial de los plexos coroides** que ataca primitivamente el tejido conjuntivo y que la atrofia de las células glandulares es secundaria.

Examinando la literatura he encontrado una observación semejante descrita por **Gordon**, de Filadelfia, en 1928. Es el caso de un niño que sufrió desde la edad de cinco años de epilepsia que se instaló después de una fiebre de larga duración y de causa indeterminada. En ausencia de todo síntoma de localización, se hizo el diagnóstico de epilepsia esencial. A su muerte su pudo llevar a cabo una necropsia completa del sistema nervioso central, la que como en el caso anteriormente descrito, fué completamente negativa, con la única excepción de los plexos coroides y del epéndimo de los ventrículos laterales. Según **Gordon**, el cuadro anótomo-patológico correspondía al de una inflamación primitiva y crónica de los plexos coroides, seguida de hemorragia. El interés principal de este caso, que debe ser comprendido dentro de los pocos descritos bajo la rúbrica de **epilepsia ventricular** por **Fischbein** en 1914, estriba en el hecho de que un proceso patológico de la glándula coroides puede, **per se**, dice **Gordon**, acarrear consecuencias en todo análogas a las grandes lesiones cerebrales.

CONCLUSIONES

1.º—Las tres observaciones referidas ponen de relieve en forma indiscutible la importancia que tienen los plexos coroides para el mantenimiento y el funcionalismo armónico de la economía. En efecto, los tres casos citados fallecieron jóvenes, víctimas de convulsiones epileptiformes. En dos de estas observaciones, la alteración de la glándula coroides tuvo una visible repercusión en los procesos corticales que se tradujo por un detenimiento del desarrollo psíquico. Así el pagayo no aprendió jamás a hablar, a pesar de ser un ejemplar gris, es decir, de los más evolucionados y el enfermo de Gordon presentó síntomas evidentes de debilidad mental, poco después de inaugurada su afección. Mi observación segunda, el caso del obrero que he citado, presentaba síntomas manifiestos de **alteraciones afectivas**; era apático, sin

iniciativa, jamás abandonaba su hogar "ni acometía ninguna empresa amorosa".

2.º—La alteración global de los plexos coroides, que como en nuestras observaciones condujo a su anulación fisiológica, puede traducirse por un síndrome epiléptico.

3.º—Las causas del fenómeno convulsivo dependen muy probablemente de procesos tóxicos de secreción del líquido céfalo-raquídeo y de la alteración concomitante de la barrera ecto-mesodérmica (1).

(1) Tanto la fisio-patología de la Barrera Ecto-Mesodérmica como la cuestión de la anatomía patológica de la epilepsia se encuentran tratadas detalladamente en mi obra **La Barrera Ecto-Mesodérmica al estado normal y patológico, con especiales consideraciones sobre la Epilepsia y la Esquizofrenia**, cuya segunda edición aparecerá próximamente.

Ernesto Herzog

Catedrático de Anatomía Patológica en la Universidad de Concepción

Anatomía patológica de la médula espinal en el tifus exantemático

(VII Contribución a la Anatomía Patológica del tifus Exantemático en Chile)

Llama la atención la poquísima importancia dada a la investigación de la médula espinal a pesar de los numerosísimos estudios que han realizado los autores más diversos sobre la anatomía patológica del tifus exantemático. Puede ser que esto se deba a que sólo raramente existen síntomas medulares en los enfermos de exantemático.

En la minuciosa monografía de **Dawidowsky** aparecen sólo 3 casos en que se ha controlado histológicamente la médula espinal; en uno de ellos sólo el engrosamiento braquial. **Dawidowsky** dice que ante todo se comprometen los segmentos cervical y lumbar donde aparecen los nódulos o infiltrados perivasculares extensos, las extravasaciones, los procesos trombóticos destructivos de los vasos característicos acompañados sólo de una mínima degeneración atrófica de las células ganglionares. Encontró éste autor los nodulitos especialmente en la sustancia gris, más en los cuernos anteriores que en los posteriores. Cuantitativamente las alteraciones son iguales a las del cerebro, pero mucho menos que las del bulbo raquídeo. **Licen** sólo ha investigado dos casos y obtuvo resultados semejantes, aunque algo más intensos a nivel de la médula lumbar y sacra. **Feldmann** sólo menciona que las alteraciones de la médula espinal en el tifus exantemático son mucho más raras que en el cerebro,

En sus 55 casos que ofrecían complicaciones por parte del sistema nervioso central, sólo 4 manifestaban un compromiso medular en forma de paresia espástica, es decir, una paraplejía inferior con trastornos de la sensibilidad. Parece que por desgracia no se han hecho investigaciones histológicas. Este autor cita además a **Gowers** quien llama la atención hacia el hecho que la mielitis del tífus exantemático, tal como la del abdominal, puede aparecer o bien en el período de acmé o bien en el estado de defervescencia, durante la reconvalescencia o aún varios meses después de la desaparición de la fiebre. **Ceelen** (según **Hirschberg**) recalca que en el tífus exantemático falta el compromiso de cordones y sistemas y de que los focos inflamatorios encontrados están irregularmente repartidos. **Hirschberg** menciona en su monografía además de los autores citados, **Urechia** y **Joseph**, pudieron observar algunos casos raros de mielitis con atrofia muscular y síntomas semejantes a los de la poliomielitis. Sin embargo **Hirschberg** no se profundiza en los hallazgos anatómicos. Desde el punto de vista clínico **Hirschberg** tiene completa razón, si dice que en el período floreciente de la enfermedad quedan en segunda fila los síntomas medulares menos resaltantes. Ya que precisamente en esa época se desarrolla el proceso patológico simultáneamente en todas partes del sistema nervioso central, de los nervios periféricos y del simpático. Tanto en enfermos con psiquis alterado como en aquellos con psiquis lúcido es muy difícil establecer las lesiones medulares, pues éstas corresponden sólo a focos diseminados pequeñísimos.

En vista del gran material de tífus exantemático que llegó a nuestra mesa de autopsia de Concepción durante la epidemia chilena de los años 1932 al 1935, hemos estimado importante de someter también la médula espinal a un control histológico y tratar de llenar con un material más vasto el hueco que al respecto existe en la literatura. En total fueron examinados 14 casos, en los cuales se dió especial importancia a que el material sea lo más fresco posible, es decir, sea fijado sólo poco tiempo después de la muerte. Por motivos extraños a nuestro servicio esto desgraciadamente no lo logramos de todos los casos, sin embargo en la mitad de nuestras observaciones (7 casos) la médula espinal fué disecada entre 1 y 5 horas después de la muerte. El segundo grupo de igualmente 7 casos, abarca a aquellos autopsiados 12 a 22 horas después de la muerte. En todos los casos la médula espinal fué fijada inmediatamente en parte en alcohol absoluto y en parte en formalina al 10%. Las tinciones histológicas se hicieron según los métodos de Nissl, Wei-

gert-Spielmeyer y con hematoxilina y Sudan. Del material incluído en celoidina se hicieron cortes en serie. Fueron estudiados histológicamente trocitos de todos los segmentos. Desgraciadamente no logramos conseguir datos clínicos sobre el comportamiento del sistema nervioso, pues por el gran número de enfermos durante la epidemia y que frecuentemente ingresaban al hospital agonizando, fué imposible prac-

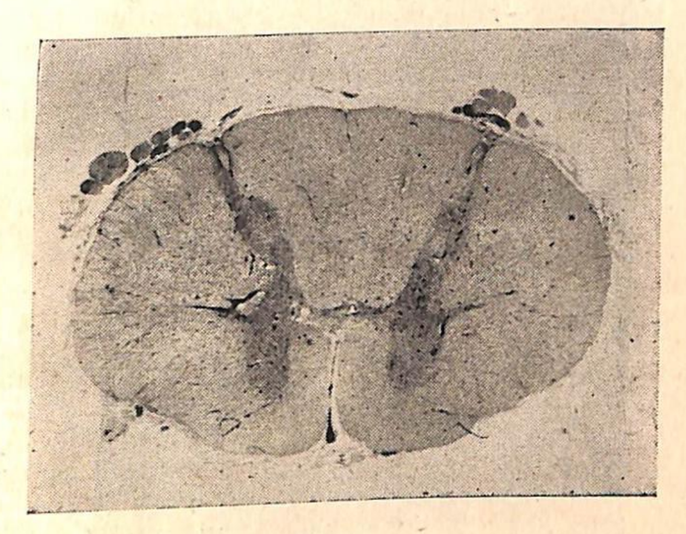


Fig. 1.—

ticar exámenes prolijos. Por las historias clínicas se pudo establecer que 3 casos eran de la primera semana, 7 de la segunda y 3 de la tercera. De un caso faltaban los datos correspondientes.

En vista de que los hallazgos anatómicos son muy concordantes, no nos detendremos en la descripción aislada de cada caso, sino que sólo los trataremos en conjunto.

Macroscópicamente sólo llama la atención una hiperemia generalizada. En los cortes histológicos se manifiesta ella en forma más o menos acentuada; a veces alcanza a grados tan intensos como en la figura 1 y 2, en las cuales las venas pequeñas y medianas aparecen tan congestionadas que simulan verdaderos senos. Además, se encontraron en todos los casos, excepto dos, nódulos exantemáticos típicos en mayor o menor cantidad repartidos por todos los segmentos medulares prefiriendo más la substancia gris que la blanca. Los nódulos están formados por los infiltrados perivasculares característicos, localizados sobre todo alrededor de los vasos pequeños y de los capilares, tal como se les co-

noce de numerosos trabajos no sólo sobre el sistema nervioso, sino que ante todo sobre la piel y otros órganos. La composición de estos nódulos varía; en el período floreciente de la enfermedad pueden aparecer numerosos leu-



Fig. 2. —

cocitos, tal como pudimos comprobarlo con nuestros colaboradores para el simpático, vago, corazón, riñones y piel (Herzog, Oyarzún, Rodríguez, Fernández, Caffarena, Versin). A estos leucocitos se agregan histiocitos, linfocitos, plasmacélulas y células de la glía. A menudo se ve en el centro del nodulito un vaso con o sin necrosis característica de la pared (véase fig. 3). Tuvimos la impresión que los segmentos cervical y lumbar se encontraban más comprometidos. Jamás pudimos encontrar en lo que se refiere a la localización un territorio predilecto, pues como ya lo mencionamos, se trata de un proceso diseminado que a lo sumo prefiere algo más la substancia gris que la blanca. Esta diseminación irregular de los nódulos exantemáticos encontrada por todos los autores, explica también el por qué de la falta de síntomas sistematizados por parte del sistema nervioso. Por el otro lado habla también la pequeñez de los focos y su localización en el

intersticio en contra de una lesión franca de los elementos nerviosos. Sólo raras veces se encuentran lesiones de una que otra célula nerviosa inmediatamente vecina a un nó-

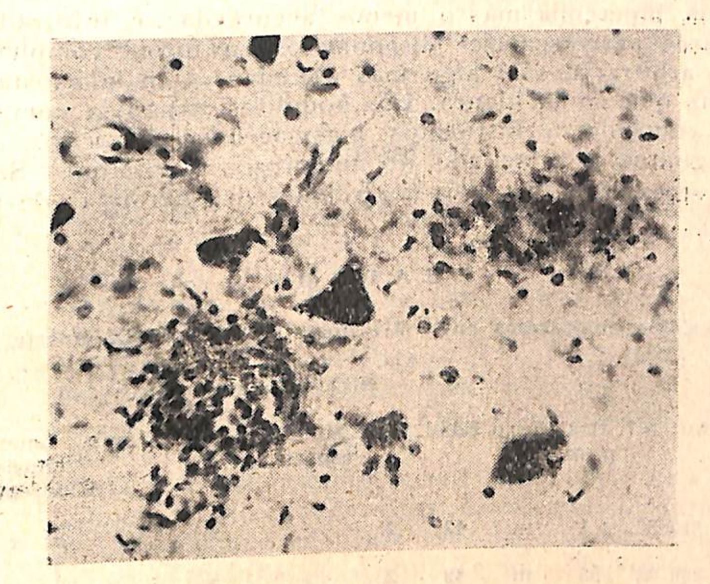


Fig. 3.—

dulo y entonces sólo se trata de grados ligeros, como por ejemplo, de una irritación primaria de **Nissl**, que posiblemente sea reversible. Por eso es también explicable que un tifus exantemático pasado en buenas condiciones no deja secuelas. Tampoco pudimos establecer una marcada desintegración de las fibras nerviosas por medio de las tinciones de las vainas mielínicas y de la grasa. Y somos de la opinión, que si realmente ocurren en medio de los nódulos una desintegración de pequeños segmentos aislados de las fibras nerviosas sobre todo de su vaina mielínica y quizás aún de los cilindros ejes, esto seguramente carece de importancia práctica.

Resumen.

En 14 casos seguros de tifus exantemático que fueron autopsiados en los años 1932-35 en Concepción fué examinada la médula espinal a diferentes alturas por los métodos neurohistológicos usuales; en parte aún por cortes en serie. El primer grupo abarca 7 casos disecados entre 1 y 5 horas después de la muerte; el segundo grupo compren-

de otros 7 autopsiados entre 12 y 22 horas después de la muerte. La mayoría de los enfermos había muerto en el curso de la 1.a y 2.a semanas de enfermedad y sólo 3 casos eran de la 7.a semana. En casi todos ellos se encontró una hiperemia más o menos acentuada e infiltrados nodulares perivasculares diseminados en forma completamente arbitraria, sólo algo más abundantes en la substancia gris que en la blanca. Los nodulitos tienen la composición conocida de histiocitos, plasmacélulas, linfocitos, células gliares y a menudo de numerosos leucocitos. Sólo raras veces se hallan aisladas lesiones degenerativas de las

C U A D R O

I.—Casos autopsiados entre 1-7 horas después de la muerte.

N.º	Aut. N.º	Hrs. p. m.	Sexo	Edad	Sem.	Nódulos exantemáticos Médula esp. cerv.	torác.	lumb.	Leucocitosis e Hiperemia
1.	315/32	1	m	42	2	x	x	(x)	x x
2.	320/32	55	m	49	2	x	x	x	x
3.	121/33	7	m	17	1	x	x	x	x x
4.	220/33	2	m	23	3	x x	x x	x x	x x
5.	227/33	3	m	36	2	x x	x	x x	x x
6.	45/34	2	f	60	3	x x	x	x x	x x
7.	269/34	4	m	39	1	0	0	0	x

II.—Casos autopsiados entre 12-22 horas después de la muerte.

N.º	Aut. N.º	Hrs. p. m.	Sexo	Edad	Sem.	Médula esp. cerv.	torác.	lumb.	Leucocitosis e Hiperemia
8.	26/33	12	m	19	3	0	0	0	x
9.	42/34	12	m	57	2	x	x	x	x
10.	124/33	15	m	25	1	x	x	x	x
11.	125/33	16	f	40	2	x	(x)	x	x
12.	342/32	20	f	55	2	x	0	x	x
13.	50/33	21	m	30	2	x	x	x	x
14.	39/33	22	m	37	?	x	x	x	x

células ganglionares inmediatamente vecinas a los infiltrados. Esto explica la falta de síntomas medulares evidentes observada clínicamente. En vista de que según las experiencias generales no quedan secuelas después de un tifus exantemático, los focos inflamatorios deben ser reabsorbidos. Parece que la médula cervical y lumbar sea comprometida más intensamente que el resto de la médula espinal.

Bibliografía.

1. **Ceelen, W.**—Die patholog. Anatomie des Fleckfiebers. Lubarsch-Ostertag, Ergebnisse der allgem. Pathol. Tom. XIX. 1. 1919.
2. **Dawidowsky, I. W.**—Die patholog. Anatomie u. Patrologie des Fleckfiebers. Lubarsch-Ostertag, Ergebnisse der allgem. Pathol. XX. II. 2. 1924.
3. **Feldmann, P. M.**—Ueber Erkrankungen des zentralen Nervensystems beim Fleckfiebers. Archiv f. Psychiatrie Tom. 77. 1926.
4. **Herzog, E.**—Anatomía e histología patológica de las lesiones orgánicas de tifus exantemático durante la última epidemia en Chile 1932-35. Novena reunión de la Soc. Argentina de Patol. Region. Mendoza. 1935.
5. **Hirschberg, N.**—Fleckfieber und Nervensystem. S. Karger, Berlín. 1932.
6. **Spielmeyer, W.**—Histopathologie des Nervensystems. Jul. Springer, Berlín. 1930.
7. **Weimann, W.**—Infektionen im Handb. d. Geisteskrankheiten, Tom. XI. 7. J. Springer, Berlín. 1930.
8. **Wohlwill, F.**—Die Veraenderungen der Zentralnervensystems beim Typhus exanthematicus u. ihr Verhaeltnis zu dem Prozess in den Roseolen der Haut. Zeitschr. f. Dermatologie u. Syphilis, Tom. 132. 1921.

Prof. A. Austregesilo

Catedrático de Neurología en Río de Janeiro

Neuro-mielosis beribéricas

El concepto clínico dei beriberi es todavía una cuestión abierta en nosografía tropical y en neuro-patología. De infección a intoxicación indeterminada, de síndrome clínico a síndrome de carencia, el beriberi todavía no recibe el acuerdo de los autores, especialmente brasileros.

La noción predominante en el mundo científico extranjero es que el beriberi es una enfermedad de carencia alimenticia por falta de vitamina B.

Desde los estudios de Peckelharing y Winckler y especialmente de Funck, el descubridor de las vitaminas, el beriberi fué, poco a poco, saliendo del cuadro nosológico de las infecciones para pasar al de las avitaminosis. No vale la pena repetir los argumentos experimentales y clínicos para probar la aserción corriente en patología tropical a este respecto.

Los autores americanos, alemanes y japoneses, esto es, los que más se han interesado por el asunto, admiten que le beriberi es una enfermedad de carencia. El almirante Takaki, Inspector Médico General de la Armada Japonesa, llegó a la conclusión de que el "Kakki" se originaba en el régimen alimenticio defectuoso. El error inicial fué pensar que la enfermedad era causada por la falta de proteínas. En 1897, el médico holandés Eijkmann hizo conocer la verdadera causa del "Kakki". Parece hoy indudable que la carencia es debida a falta de vitamina B, existente en el arroz con corteza o en la periferia del grano.

La vitamina B, es abundante en los alimentos comunes, en los tubérculos vegetales, en las legumbres foliadas, en

las frutas, en los granos de cereales como el trigo, el mijo, la avena, en las arvejas y en lasvísceras de animales como hígado, riñones, etc. No se encuentra en los aceites, en las grasas, en las harinas, en el arroz descortezado, en el azúcar en las carnes de conserva, en las compotas.

La vitamina B, es bastante estable y puede conservarse parcialmente a pesar del cocimiento de las sustancias que la poseen.

Las vitaminas en general presentan relaciones con el sistema nervioso, no solo la vitamina B, sino también otras variedades y como bien dice el Prof. Mingazzini, la doctrina de las vitaminas tuvo su nacimiento en la neuropatología.

Las alteraciones nerviosas por avitaminosis son de tipo degenerativo y no inflamatorio. Cuando se nos presentan por ejemplo en el beriberi alteraciones inflamatorias debe buscarse su causa en otros factores concomitantes, como infecciones o intóxicaciones agregadas.

Doi-Row dice que en la polineuritis avitaminósica al lado del factor degenerativo existe el inflamatorio, esto es, las alteraciones del parenquima son degenerativas y las del tejido intersticial son inflamatorias. No es fácil saber por el estudio histológico si una lesión es francamente degenerativa o inflamatoria, como se ha visto en la esclerosis múltiple, en la enfermedad de Friedreich y en la de Schilder.

En la avitaminosis por falta de vitamina B son generalmente dominantes las lesiones degenerativas. Las alteraciones pueden ser centrales o periféricas. Estas son conocidas clásicamente y no es del caso repetirlas ahora.

Las alteraciones centrales son menos conocidas y deben ser relatadas sucintamente. Obedecen generalmente a tres tipos principales. El primer tipo se manifiesta por modificaciones múltiples en las células nerviosas, especialmente con reacciones neuróglicas. Después sufren también las fibras. Las lesiones cerebrales son habitualmente más nítidas que las de la médula, a pesar de registrarse estas últimas con frecuencia, como veremos después. En el primer tipo el sistema circulatorio permanece normal, habitualmente, a lo menos en el comienzo. Las alteraciones de las células cerebrales son más pronunciadas que las de las células medulares y las de los nervios periféricos.

El segundo tipo se caracteriza por las lesiones concomitantes del sistema nervioso y del circulatorio. En ese tipo las lesiones nerviosas centrales y periféricas y vasculares son muy pronunciadas. Cuanto más nuevo es el órgano, tanto más fuerte es la agresión del proceso patológico. Este

complejo anatómico se presenta en las avitaminosis experimentales, con carencia de vitamina C (antiescorbútica) y en los casos graves y crónicos de avitaminosis B también se encuentran serias lesiones vasculares y nerviosas.

Los trabajos experimentales americanos de Cogwil, Dewell, Plumner y Messer y los japoneses de Chomori Hara y otros, hechos en beribéricos, demostraron la influencia de las avitaminosis, especialmente B, sobre el tonus neuromuscular, muy especialmente en la atonía de la musculatura gastro-intestinal.

Muy interesante es la teoría de López Lomba, en que este autor demostró experimental y clínicamente, la influencia preponderante de las avitaminosis, especialmente con carencia de vitamina B, en el sistema simpático y para-simpático, neuro-vegetativo y endocrino. Las células nerviosas de este sistema son para el autor las más sensibles a las carencias.

Según López Lomba, en el beriberi, se produciría en el comienzo hipotonía del simpático e hipertonía del parasimpático: en el segundo período de la evolución, el equilibrio neuro-vegetativo se invierte: hay hipertonía del simpático e hipotonía del autónomo.

C. Fraga y sus colaboradores demuestran que en el beriberi hay vagotonía predominante.

Mac Carrison profundizó la cuestión de las alteraciones del sistema neuro-endocrino, en "Studies of deficience deseases" y afirma que las alteraciones del tonus neuromuscular no se limitan al aparato gastro-intestinal, sino a todo el organismo, con degeneraciones musculares y nerviosas y modificaciones del sistema endocrino.

Los síntomas nerviosos de carencia estudiados por Mingazzini son muy variados como la astenia, la excitabilidad y las alteraciones del tonus neuro-muscular que, funcionales al principio, "pueden tornarse graves irreparables y definitivas".

Los autores italianos como Mazzoli, Airaghi, Lugiiarello y entre nosotros Henrique Roxo, Pernambuco hijo y Cunha López han obtenido beneficios clínicos en el tratamiento de ciertas psicosis, especialmente de la demencia precoz con las vitaminas, así como en las perturbaciones mentales por carencia.

Desde hace ya algún tiempo se ha relacionado con las carencias avitaminósicas muchos casos de polineuritis puerperales o gravídicas, por los vómitos incoercibles, los regímenes exagerados impuestos por los clínicos y la inapeten-

cia corriente en tales estados que determinan la carencia y como consecuencia las avitaminosis.

En resumen, todas las avitaminosis traen alteraciones del sistema nervioso. En el escorbuto las alteraciones nerviosas funcionales son siempre notables. Las modificaciones neuro-musculares son frecuentes. Tales alteraciones son de orden sensitivo como parestesias, analgesias palmares, o plantares, mialgias, artralgias, neuralgias rebeldes, atrofias musculares, etc. (H. Roger.) Describí hace algunos años las polineuritis escorbúticas, cuando era alienista del Hospital de alienados. Algunos autores rebatieron mis observaciones; pero la mayor parte de los experimentadores verificaron mis aserciones. Hoy no se duda que los síntomas y las lesiones de la avitaminosis B, puedan presentarse en el escorbuto en los casos graves o crónicos. La pelagra, que se acepta por todos los autores como una avitaminosis, es abundante en síntomas nerviosos especialmente medulares y cerebrales.

Un síntoma muy frecuente y precoz es la flaqueza de los miembros inferiores, acompañada de calambres, tetania y exageración de los reflejos profundos. En los estados más avanzados de la emfermedad se producen parálisis espasmódicas, perturbaciones de la sensibilidad, ataxia de los miembros y de la marcha, con signos cerebelares discretos y tendencia a caer para atrás.

Se registran también trastornos psíquicos iniciados por gran depresión del ánimo, seguidos de excitación y gran emotividad; después en grados más avanzados surgen manifestaciones caóticas o confusionales, delirios, alucinaciones, tendencia al suicidio. Tales complejos sintomáticos dan lugar a las psicosis pelagrosas. (Perroncito).

Los autores también describen cefáleas intensas, dolores fulgurantes en las piernas, neuralgias, parálisis y ataques convulsivos.

Las lesiones anatómicas nerviosas de la palagra son muy variadas: leptomeningitis crónica, hemorragias subdurales difusas. Se observan alteraciones variadas en el encéfalo, en le médula y en los nervios periféricos.

Las alteraciones de las células nerviosas fueron descritas en el cerebro, en la médula y en los ganglios simpáticos; contienen estas mismas células gran cantidad de pigmento y de lipoides con rechazamiento de los núcleos hacia la periferie. Pequeña proliferación de las células neuróglicas.

En la médula espinal se observan lesiones funiculares acentuadas, especialmente de los haces piramidales, de los cordones posteriores y de los laterales (Marie, Tonnini, Dejerine). Para Pierre Marie la pelagra es una poliomielitis pos-

terior, con lesiones de las células y fibras sensitivas. Los nervios periféricos manifiestan lesiones que según Dejerine constituirían verdaderas neuritis que dan origen a las alteraciones cutáneas.

Veamos un poco más de cerca la cuestión del beriberi y de las vitaminas, especialmente de la vitamina B.

La doctrina más corriente es que el beriberi tiene su origen en la carencia alimenticia, en especial en los pueblos comedores de arroz como el japonés, el chino y los habitantes de las zonas tropicales. Los trabajos experimentales y clínicos de la escuela japonesa actual no dejan dudas a este respecto. Pero, no es todo.

Sorel, Miguel Couto, Travers y Fraga observaron epidemias y casos de beriberi independientes del uso del arroz; Grall admite como causa de avitaminosis el pescado salado; Grimm, el pescado crudo; Mayer, las carnes saladas. El beriberi del norte del Brasil, especialmente del Amazonas, debe atribuirse al uso de carne de charqui, de alimentos de mala calidad y a la falta de leche, de legumbres y de frutas, casi inexistentes en la zona en que los pacientes son atacados por el mal.

Los autores extrangeros, a pesar de los hechos excepcionales citados, atribuyen el beriberi a la avitamosis B a consecuencia de la ingestión de arroz privado de ella. Algunos autores como Brémon, Laurent, admiten como causa la deficiencia de las grasas.

Allen Walcot, médico americano de los servicios de construcción de la vía férrea Madeira—Mamoré, en el Amazonas, afirmó la teoría de la carencia alimenticia como la productora del beriberi en aquella región. Arlindo de Assis, entre nosotros, confirmó la doctrina avitaminósica del beriberi, así como Araujo Taia en su tesis inaugural. La doctrina infecciosa del beriberi aquí en el Brasil así como para muchos autores extrangeros, todavía está en pié porque las manifestaciones epidemiológicas del beriberi son muy parecidas a las de varias toxi—infecciones. No hay germen conocido que sea capaz de producir la enfermedad con todos los caracteres nosográficos.

Cito aquí el hecho interesante, registrado por la comisión de Sanitarios de Pernambuco, a propósito de la epidemia de beriberi en la isla de Fernando Noronha. La enfermedad atacó apenas a los presos y soldados llegados recientemente a la isla y perdonó a los antiguos habitantes del presidio.

Hecho interesante de registrar es el que señaló el Dr. Robalinho Calvacanti en la Sociedad Brasilera de Nenrolo-

gía y Psiquiatría, que entre los flagelados del Noroeste, el beriberi es raro (Noviembre de 1933). Objeté que las formas hidrópicas son frecuentes. Tal vez las otras se confunden con la caquexia de iniciciación de los flagelados. La insolación intensa y la sequedad del clima dificulta la aparición del beriberi que ataca de preferencia a los individuos en los presidios, cuarteles, orfelinatos, asilos, lugares húmedos y poco aislados, en los cuales los individuos no poseen libertad de acción y no sufren la irradiación suficiente del sol. La humedad parece gozar gran influencia en la aparición de la enfermedad.

No terminemos esta pequeña disgresión sin referir que varios autores como Glogner, Kirket, Miguel Couto y Juliano Moreira, consideran el beriberi un síndrome, y que, ya por carencia, ya por alcoholismo, ya como secuela de varias infecciones, como la malaria, la fiebre tifoidea, la colibacilosis, aparece en las zonas en que se presentan casos de polineuritis.

Hecha esta síntesis acerca de las avitaminosis y el sistema nervioso, juzgo que según la opinión corriente, el beriberi es una enfermedad producida por un factor alimenticio.

El hecho de que los beribéricos mejoran súbitamente con los cambios nos lleva a la conclusión de su aspecto nosológico. Hay un factor nosogénico de grán importancia, verdadero estado alérgico o coloidoclásico, porque el beriberi es análogo a otras enfermedades alérgicas como el asma, la urticaria, la epilepsia, la jaqueca, etc. Muchos asmáticos cuando cambian de lugar o de clima mejoran extraordinariamente, como los beribéricos que se embarcan moribundos en un puerto y llegan a otro muy mejorados. Sufren en las llanuras y llegan a las montañas con mejorías acentuadas. El factor humedad y sus consecuencias influyen mucho, porque en la alta sierra, en los lugares de las sequías del noreste, a pesar de la deficiencia alimenticia, no se registran epidemias de beriberi, apenas casos aislados. Por alergia o coloidoclasia, el beriberi no puede ser explicado exclusivamente por carencia, a pesar de ser este elemento la causa principal de la aparición de la enfermedad.

II

La experimentación antigua viene a demostrar que se puede establecer en gallinas, ratones y otros animales síndromes clínicos semejantes al beriberi. (Eyjkmann, Ta-

kaki, Funk, Froser y Stanto, Vedder y Clark, E. Weill y G. Mauriquand, Arlindo de Assis, Araujo Maia y muchos más).

Parece no existir ya dudas de que la avitaminosis B pueda producir una enfermedad análoga al beriberi.

Necesitamos probar ahora que en las avitaminosis no son sólo los nervios periféricos los atacados. La noción de polineuritis debe desaparecer para dar lugar a la de neuromielosis, cuyo concepto expondré en el curso de este trabajo.

Vimos en la pelagra que es una avitaminosis, como son frecuentes las lesiones centrales, especialmente medulares, de tipo funicular.

Los recientes trabajos experimentales de Edward Mellanby respecto de las avitaminosis y las alteraciones medulares, trajeron nuevos esclarecimientos y base científica para la comprensión de las neuro-mielosis avitaminósicas. Por dietas de carencia consiguió el citado observador producir lesiones medulares y adicionando vitaminas o substancias capaces, evitó la producción de las respectivas lesiones. Los trabajos publicados en el Brain de Septiembre de 1931, dan cuenta de los minuciosos experimentos hechos por el autor inglés. Las conclusiones a que llegó son dignas de registrarse.

Cuando la dieta contiene gran cantidad de cereales, deficientes en vitamina A o caroteno, comida por los cachorrillos, se observan alteraciones degenerativas de la médula espinal en forma de desmielinización de las fibras nerviosas, reconocidas por el método de coloración de Marchi.

La adición a la dieta de 2 a 3 gramos de centeno espigado (ergot) bajo esas condiciones, apresura e intensifica las alteraciones degenerativas. El germen del centeno espigado también apresura las mismas alteraciones histopatológicas y, en algunas experiencias con el germen del trigo, las lesiones fueron muy nítidas.

La presencia en la dieta de cualquiera fuente rica en vitamina A, como aceite de hígado de bacalao, la leche completa, la mantequilla, la yema de huevo, o cualquiera fuente de caroteno tales como vegetales verdes o zanahorias, y el mismo caroteno, previene o disminuye las alteraciones medulares, cuando la alimentación es hecha con el centeno espigado.

La degeneración medular de este tipo no parece desarrollarse hasta que las reservas de vitamina A no hayan desaparecido del hígado. Este almacenamiento puede durar mucho tiempo en los animales bien nutridos. El tiempo de ataque de los síntomas espasmódicos de incoordina-

ción y falta de fuerza varía; aumenta en los diferentes animales pequeños. En el caso de la alimentación por el centeno espigado las modificaciones aparecen habitualmente en dos o cuatro meses de dieta.

No solamente la vitamina A y el caroteno previenen las alteraciones degenerativas en los animales afectados, sino que también las mejorías clínicas aparecen por la adición de estas substancias a la dieta.

Es discutida la aparición de este resultado en el ergotismo convulsivo, en la pelagra, en la anemia perniciosa, en la tabes dorsalis, en la esclerosis múltiple y en el tratamiento malárico de la sífilis nerviosa.

Los estudios de Mellanby demuestran que en las avitaminosis las lesiones medulares son de tipo funicular, con desmielinizaciones de las fibras largas o cordonales, o como denominó Henenberg, mielosis.

Hemos visto por todos los argumentos anteriores que en las avitaminosis las lesiones medulares son comunes y cualquier avitaminosis puede producirlas. En el beriberi las cosas pasan de la misma manera.

Los síntomas clínicos del beriberi y las lesiones anátomo-patológicas demuestran que la médula espinal y, en general, los centros nerviosos no son perdonados en la enfermedad que estudiamos.

Así es que al lado de los síntomas medulares comunes, entre ellos la exaltación de reflejos del comienzo, que señalé hace más de 25 años, hay perturbaciones esfinterianas, bulbares y cerebrales tan conocidas de los clínicos, especialmente en las formas agudas y sub-agudas que nos dan el aspecto de las neuro-mielitis y de la parálisis ascendente de Landry, con el compromiso bulbar. Los estudios anátomo-patológicos, realizados por los extranjeros, señalan en el beriberi lesiones centrales muy interesantes.

Como dice Sacquepée, otrora pensaban los autores que la médula era perdonada o que las lesiones eran raras o despreciables; de algunos años a esta parte, se ha producido una trasmutación de ideas al respecto. La médula espinal es atacada no sólo en los casos agudos, sino también en los crónicos, según las documentaciones de Baelz, Scheube, Pekelharing y Wincklers, Rumpfe y Luce, Shimano, Miura, Hamilton Wright, Kustermann, Dürk y tantos más que se han ocupado del asunto. Es en los cuernos anteriores especialmente en el engrosamiento lumbar donde las lesiones se manifiestan predominantes. Al principio hay cromatolisis parcial, sobre todo central, con dislocamiento del núcleo, formación de vacuolas; en un es-

tado más avanzado de las lesiones el núcleo y las prolongaciones desaparecen, los elementos cromatolíticos se hacen invisibles y las células toman una forma globosa e irregular.

Son las alteraciones de cromatolisis de Nissl. Lesiones análogas fueron descritas por Durk en la columna de Clarck; por Hawlton Wright y Rumpfe en los ganglios espinales y en los núcleos bulbares.

Las lesiones medulares fueron señaladas por varios observadores, especialmente del haz de Goll (Wright), con espesamiento de la glía y completa desaparición de las fibras nerviosas, sobre todo de la mielina y con aparición de células glandulares (Castellani y Chalmers).

La presencia de lesiones medulares puede ser interpretada según Sacquepée de dos maneras: o bien, según H. Wright, se supone que la toxina beribérica, cualquiera que sea, ataca la totalidad de la neurona motora o sensitiva; o bien, la lesión primordial, primitiva, es del nervio periférico y ataca secundariamente a la célula mater.

Personalmente juzgo que la lesión es inicialmente de toda la neurona. Esto puede apreciarse en los casos agudos y sub-agudos en que se observan fenómenos encéfalo-medulares, especialmente bulbares y de los centros cerebrales vegetativos, lo que prueba que los fenómenos nerviosos beribéricos no son debidos al ataque primitivo de la fibra nerviosa y sí de todo el sistema nervioso central y periférico, con predominancia de este último, sobre todo en los casos de evolución crónica.

III

El concepto clásico de las polineuritis debe modificarse. A pesar de Pierre Marie, Raymond, Marinesco, Grasset, probaron la dependencia patológica de las polineuritis con los centros nerviosos, aunque el síndrome polineurítico, o la neuritis múltiple o la pan-neuritis esté en pie en los tratados de Neurología y en el lenguaje corriente de los autores y de los clínicos.

La doctrina de la célulo-neuritis de Raymond y de la neuronitis de Grasset encierran conceptos lógicos pero de aspecto teórico. El concepto de la neuromielosis es más concordante con la observación, los hechos clínicos y experimentales. No son las células y su correspondiente prolongación ni la neurona las electivamente atacadas. Son los centros nerviosos y su periferia, con los nervios, después la médula y finalmente el encéfalo. De mayor exactitud sería la expresión encéfalo-mielo-neurosis o neuritis.

Para que no se confunda la palabra neurosis, alteración anatómica no inflamatoria, con la palabra neurosis, porque puede haber confusión con las psiconeurosis, o manifestación dinámica o funcional del sistema nervioso, no vesánica. Preferimos dar la denominación de neuro-mieloencefalosis o, mejor, neuro-mielosis, porque los fenómenos periféricos o medulares adquieren un papel sobresaliente en los síntomas y en las lesiones anátomo-patológicas.

Como bien lo establece Tinel, no conocemos con certeza el mecanismo patogénico de las polineuritis, porque ignoramos si se trata de impregnación primitiva tóxica del nervio o si las alteraciones dependen de las lesiones de las células centrales por infección o intoxicación. Existen, en efecto, en las células nerviosas de los cuernos anteriores, las llamadas modificaciones de cromatolisis de Nissl y las redes neurofibrilares; pero, el mismo resultado puede ser obtenido por el arrancamiento de los nervios. Vemos neuritis de carácter crónico, como la neuritis hipertrófica de Dejerine y Sottas y la atrofia muscular de origen neurítico de Charcot-Marie, la neuritis hipertrófica del adulto de Didi de Sourjon, presentar lesiones medulares cordonales que se consideran como puntos de transición entre las neuritis y las mielosis. La objeción del arrancamiento experimental de los nervios no procede porque la causa de acción violenta traumática es capaz de extender el proceso de reacción hasta la célula; en las carencias avitaminósicas nada hay de tóxico o infeccioso que pueda, reconocidamente, impregnar los nervios periféricos y las lesiones son más degenerativas que inflamatorias.

Los estudios semiológicos de Tinel sobre la sensibilidad y las atrofias en las polineuritis vienen a probar en cierto modo la dependencia central de las polineuritis. El citado autor francés reconoce que las distribuciones patológicas de la sensibilidad y del trofismo son radiculares, lo que demuestra el origen medular de los síntomas polineuríticos. Este hecho representa una capital importancia para el concepto de las célulo-neuritis o de las neuromielosis como prefiero denominarlas.

Todavía más; es una vieja observación clínica que en las llamadas polineuritis saturninas vemos que las atrofias musculares son muy semejantes a las del tipo Aran-Duchenne, o que ciertos músculos o grupos musculares, son perdonados por el proceso atrófico, como el ancóneo y el supinador largo.

A veces las polineuritis toman el carácter grave de la parálisis ascendente de Landry, lo que demuestra que el aspecto clínico es más de neuro-mielosis que de polineuritis propiamente dicha.

Los autores, especialmente americanos e ingleses, han descrito formas anómalas de polineuritis como las "polineuritis agudas infecciosas", las polineuritis y eritrodermia, las neuritis motoras puras curables o no, según las observaciones de Bradford, Paterson, Donald y Grenfield, John Rose, J. A. Wilson, Foster Kennedy, Wechsler y otros en que las manifestaciones neuríticas se hallan mezcladas con otros síntomas generales y con signos medulares discretos pero presentes. En las polineuritis agudas infecciosas, las lesiones medulares según Russel Brain y E. B. Strauss, son pequeñas y puramente citológicas, pero muy difusas e importantes. No respetan ningún área medular y se distribuyen irregularmente. Existe infiltración difusa y ligera de pequeñas células redondas en toda la substancia gris de los cuernos anteriores y posteriores y proliferación de las células ependimiarias. Las células de los ganglios raquídeos revelan alteraciones degenerativas semejantes a la vacuolización. Todo eso viene a probar que en las polineuritis en general y especialmente en las avitaminosis, no son perdonados los centros nerviosos y las lesiones encontradas son de tipo degenerativo. Evidentemente predominan las lesiones de los nervios periféricos, pero las células centrales especialmente, que constituyen los centros orientadores o tróficos de las fibras están constantemente atacadas.

De lo que aquí quiero llamar la atención es de los síntomas de las fibras largas de los cordones posteriores de Goll y de Burdach en el beriberi, verdadera mielopatía discreta cordonal, funicular o mielosis. Ya no hablo del aspecto bulbar de las formas graves y del comienzo de la enfermedad, así como del compromiso de los centros esfinterianos de la médula en la iniciación, especialmente cuando es franco el cuadro clínico del beriberi.

Conclusión.

Por todas las razones expuestas resumimos que:

1.—Las avitaminosis atacan frecuentemente o, mejor, constantemente el sistema nervioso central y periférico.

2.—Los síntomas nerviosos centrales, encefálicos,

bulbares y medulares aparecen a menudo en el beriberi.

3.—Los estudios anátomo-patológicos demuestran que la médula espinal es comúnmente lesionada, a lo menos, en forma elemental en el beriberi.

4.—Las polineuritis, en general, no tienen independencia fisiopatológica y patogénica y las manifestaciones centrales, encefálicas, radiculares y esfinterianas son concomitantes.

5.—Las lesiones beribéricas o neuro-avitaminósicas son más de tipo degenerativo que inflamatorio.

6.—Las manifestaciones clínicas de los cordones posteriores en ciertos casos de beriberi crónico, atípico, con abolición o gran disminución permanente de los reflejos profundos especialmente los patelares, lo hacen confundir con la tabes dorsalis en casi toda su sintomatología.

7.—Estamos obligados a admitir que el beriberi no es sólo polineuritis; que las lesiones nerviosas son degenerativas; que las manifestaciones clínicas y anátomo-patológicas son centrales, especialmente medulares y periféricas y que el síndrome neuro-mielosis, cuya frecuencia es afirmada por los autores extranjeros, debe constituir la forma predominante de las manifestaciones anátomo-clínicas del beriberi, especialmente en los tipos clínicos pseudo-tabéticos, con poca ataxia y abolición o disminución prolongada o permanente de los reflejos profundos. La punción lumbar en estos casos debe ser practicada siempre para mayor esclarecimiento.

Bibliografía.

C. A. Peckelharing y Winckler.—Recherche du beriberi, Utrecht, 1888.

A. Austregesilo.—Exageración de los reflejos patelares y desdoblamiento en el beriberi. Comunicado a la Academia Nacional de Medicina.

A. Austregesilo.—Trabajos Clínicos, Río de Janeiro, 1908.

Max Schubert.—Beriberi und Scorbut, Deutsches Archiv für klinische Medezin 8.6.

Max Schubert.—Band. 1. 3 Half. 1905.

M. Litten.—Die Erkrakung des blutes und die hemorragischen diathesen, pág. 278.

M. Litten.—(Scorbut), Specielle Pathologie und Therapie, von Nothnagel, Wien, 1901.

Testi.—Lo scorbuto considerato dal lato antigo e moderno, Firenza 1901.

E Vilela.—Contribución al estudio del escorbuto, Tesis de Río de Janeiro, 1905.

Teófilo de Almeida.—El beriberi en el Brasil. Río de Janeiro, 1916.
Von Schaumann.—Die aethiologie der beriberi (aus dem Institut für Schiffs und Tropenkrankheiten in Hamburg). Archiv für Schiffs und tropenhigiene, Beih. 6, 1914. Leipzig, 258 págs. con 309 citas.
A. Austregesilo.—Polineuritis escorbúticas. Rev. Neurologique N.º 2, 3-I-14, París.
Vedder, Edward.—Beriberi, 1913. Londres.
Wechsler.—Atext-Book of Clinical Neurology, Sanders, 1927.
Prof. G. Mingazzini.—Relaciones entre las vitaminas y la patología del sistema nervioso. Roma.
W. Russel Brain, E. B. Strauss.—Recientes adquisiciones en Neurología. Madrid, 1931.
Miguel Couto.—Clínica Médica, vol. II, Río de Janeiro, 1923.
C. Fraga.—Clínica Médica, Bahía, 1918.
Castellani y Chalmers.—Manual of Tropical Medecine, Londres, 1910.
A. Austregesilo.—Troubles nerveux et mentaux dans les maladies tropicales, Río de Janeiro, 1928.
G. H. Roger, Fernando Vidal, P. J. Teissier.—Nouveau traité de médecine. París, vol. VII, 1921.
C. Mense.—Handbuch der Tropenkrankheiten, Leipzig, 1913.
A. Le Dantec.—Pathologie exotique, París, 1905.
I. S. Wechsler.—Etiology of Polineuritis. Arch. of Neurol. and Psychiatry. XXIV Abril, 1933.

Dres. J. O. Trelles y
Mario Méndez y Jiménez
Cátedra de Neurología en la Universidad
de San Marcos de Lima

Síndrome alterno del núcleo rojo

ESTUDIO ANATOMO-CLINICO

En un trabajo anterior hemos publicado un caso de lesión del núcleo rojo, en una niña de dos años y medio, que realizaba el cuadro del síndrome descrito por Benedickt. La observación que describimos más abajo se presenta como un síndrome alterno del núcleo rojo con movimientos involuntarios expontáneos, según la clasificación de Souques, Bertrand y Crouzon, pero la lesión, debida a un tubérculo voluminoso, compromete también la capa óptica y el haz piramidal; existe además otro tubérculo que destruye parte del lóbulo paracentral izquierdo, lo que contribuye a complicar la sintomatología que presentaba el paciente. A pesar de la extensión de las lesiones y de la naturaleza del proceso que las determina, nos ha parecido que tiene interés el punto de vista fisiopatológico, puesto que las lesiones del núcleo rojo seguidas de constataciones anatómicas no son muy numerosas.

* * *

El caso es el siguiente:

Observación.—M. X. Empleado de Garage, ingresa al hospital a comienzos de 1935, donde fué llevado a causa de una hemiplejía izquierda con oftalmoplejía derecha y un estado de obnubilación intelectual acentuado.

El estado mental del enfermo impide interrogarlo sobre el inicio y curso de su afección. Los informes que se han

podido obtener son escasos; sin embargo parece que la historia pueda ser reconstruída en la siguiente forma: Los primeros trastornos aparecieron seis meses antes de su ingreso al hospital, primeramente se instaló una sensación de adormecimiento en el lado izquierdo, posteriormente una mañana al despertar se apercibe que no puede mover el lado izquierdo.

Tres meses antes de su ingreso fué visto por un facultativo quien habría constatado entonces una hemiparálisis izquierda; no había ptosis palpebral pero se constataba ligera paresia del tercer par derecho. Presentaba ya exoftalmia en el lado derecho, pero menos acentuada que la que se puede constatar actualmente. Los reflejos pupilares existían. Se constataba la existencia de movimientos involuntarios expontáneos en el lado izquierdo cuya intensidad se habría atenuado posteriormente. Habría tenido siempre disturbios de la palabra teniendo ésta un carácter explosivo. Asimismo se encontraba afecto desde antiguo, de ligero estrabismo. Una reacción de Wassermann practicada en esta época fué negativa. En fin, la persona que nos suministra los datos, manifiesta que en los últimos meses ha habido una agravación neta del cuadro.

En los antecedentes no se encuentra nada importante. Tiene un hijo anormal, presenta el aspecto según los datos obtenidos, de un heredo luético.

Examen.—El enfermo se encuentra en el decúbito dorsal. Comprende apenas las órdenes que se le dan. Llama de inmediato la atención, la agitación motriz que presentan los miembros izquierdos, el miembro superior se encuentra en flexión, el miembro inferior en extensión; ambos están animados de movimientos lentos que por momentos son entrecortados por movimientos más amplios, desordenados; la agitación motriz se presenta así a la vez con los caracteres de los movimientos coreicos y de los movimientos atetósicos.

El examen de la motilidad muestra que existen fenómenos de parálisis acentuados en el lado izquierdo, la motilidad activa está abolida, la fuerza parece ser nula. La movilización pasiva pone en evidencia una contractura de tipo piramido-extra-piramidal, que impone una actitud de flexión en el miembro superior y de extensión en el miembro inferior. En el miembro inferior derecho la motilidad voluntaria es muy reducida, la fuerza parece ser nula. El tono está aumentado y la contractura es de tipo piramidal. En el miembro superior derecho la motilidad activa, pasiva y fuerza se encuentran conservadas. El tono es normal.

Los reflejos tendíneos en los miembros inferiores se encuentran muy exaltados, el reflejo aquiliano y el medio plantar dan respuestas policinéticas. En los miembros superiores los reflejos óseo-periósticos y tendíneos se encuentran exaltados en el lado izquierdo, son normales en el lado derecho. Los signos de Babinski, Oppenheim, Gordon y el "Shaddock phenomenon" son positivos en ambos lados. El fenómeno de Leri es positivo en el lado izquierdo. El fenómeno de Meyer es normal en ambos lados. Se constata clono del pie y de la rótula en ambos lados, más netamente en el lado derecho. En ambos lados existen reflejos de defensa provocados por pellizco del dorso de pie o por flexión forzada del dedo mayor.

El estado mental del enfermo dificulta la exploración de la sensibilidad, sin embargo puede afirmarse que existía anestesia total en el lado izquierdo incluyendo el territorio del V par.

La exploración de los pares craneales muestra la existencia de parálisis facial izquierda de tipo central. El examen de la motilidad ocular muestra en el lado derecho ptosis completa del párpado, ligera desviación del ojo hacia afuera. Todos los movimientos del ojo se encuentran abolidos salvo la mirada lateral externa.

Los reflejos a la luz y a la acomodación se encuentran abolidos. En el lado izquierdo ejecuta los movimientos hacia adentro y hacia afuera, pero no los movimientos de elevación y descenso. En la motilidad automática los movimientos verticales existen. El reflejo a la acomodación persiste, el reflejo fotomotor es perezoso. El examen de la motilidad de la lengua muestra un compromiso del XII par derecho. Se constata además temblor y contracciones fibrilares. Salvo en el territorio del V par ya mencionado, en los demás pares craneales no se encuentran perturbaciones. Existe disartria en las pruebas.

El examen psíquico muestra un estado de obnubilación intelectual con somnolencia acentuada, desorientación temporo-espacial, amnesia, perturbación del juicio y de la autocrítica.

Posteriormente la agravación del cuadro se acentúa y el deceso se produce dos meses después de su ingreso al hospital.

Una reacción de Wassermann en la sangre fué negativa. La punción lumbar no fué autorizada.

En presencia de este cuadro se pensó a la presencia de un tubérculo en el pedúnculo cerebral derecho y se discutió

la posibilidad de una encefalitis, la autopsia confirmó la primera hipotesis.

PROTOCOLO DE AUTOPSIA

Examen macroscópico.

Cerebro.—Encéfalo, congestión cortical. En el hemisferio izquierdo, región supra marginal, zona más congestiva que presenta disminución de consistencia. Espesamiento de la pía en la base a nivel del espacio opto-peduncular y más aún en la región de los tubérculos cuadrigéminos y en la región bulbo cerebelosa en que existe un verdadero proceso de aracnoiditis.

En el corte por debajo de los tubérculos cuadrigéminos separando el tronco del cerebro se nota asimetría de la protuberancia, la hemiprotuberancia derecha está aumentada de volumen sobretodo en la región de la calota. Existe desviación del acueducto de Silvio. Protuberancia baja y cerebelo, normales.

En el corte vértico-frontal pasando por los lóbulos occipitales, se nota la existencia de un tubérculo en el précuneo del lado izquierdo, en corte más anterior el tubérculo se propaga al lóbulo paracentral del lado izquierdo.

Corte vértico-frontal pasando por el quiasma y comisura blanca anterior, se nota aspecto normal, de los núcleos grises a los ventrículos lateral y medio y de la corteza cerebral.

Corte horizontal entre los tubérculos cuadrigemino anterior y posterior: grueso tubérculo desarrollado en la calota derecha invadiendo el pie derecho, pasa el rafe mediano para invadir ligeramente la calota del lado izquierdo. Hacia atrás llega hasta los tubérculos cuadrigéminos anteriores y obstruye ligeramente el acueducto de silvio. A pesar de la obliteración del acueducto de Silvio no hay dilatación ventricular considerable.

El tubérculo cuadrigémino derecho sobresale considerablemente el surco cruciforme, está desviado hacia la izquierda.

La neoformación se propaga en la región sub-óptica y destruye completamente la cara óptica derecha invadiendo la cápsula interna.

EXAMEN HISTOLOGICO

Se toman segmentos que comprenden la región de los núcleos optoestriados y cápsula interna del lado derecho, un segmento del hipotálamo y toda la región del tronco del encéfalo para inclusión a la celoidina y cortes coloreados por los métodos corrientes: Loyez, Nissl y métodos de impregnación argéntica de Reumont-Trelles (para cortes a la celoidina).

Núcleos optoestriados y cápsula interna derecha.—Presenta un grueso tuberculoma multifolicular que ocupa todo el tálamo óptico en sus núcleos interno, externo y anterior, respetando la región del pulvinar. Hacia adentro no alcanza la pared ventricular, quedando por dentro el haz de Vicq d'Azyr; hacia afuera se insinúa en la zona enrejada de Arnold, y en ciertas regiones aflora a la cápsula interna la cual presenta una ligera palidez. Tanto el putamen como el globo pálido y el núcleo caudado presentan su mieloarquitectura sensiblemente normal (Fig. 1).



Fig. 1.—Núcleo Opto-estriado derecho. (Fotografía invertida). Coloración Loyez.—Voluminoso tuberculoma destruyendo el tálamo, sobre todo su núcleo externo.

Los elementos celulares del putamen y del núcleo caudado presentan lesiones discretas: moderada hinchazón del

protoplasma, cromolisis y ligera proliferación micróglica. Los vasos ligeramente espesados presentan una marginación microglial banal, pero no se encuentran trazas de proceso inflamatorio. En cuanto a la citoarquitectura, el tálamo ha sido completamente destruído en la región del tuberculoma; no existen células nerviosas, las que son reemplazadas por tejido de granulación. En la región perilesional las células nerviosas presentan degeneración aguda marcada y los vasos una infiltración predominantemente linfocitaria con algunos plasmocitos.

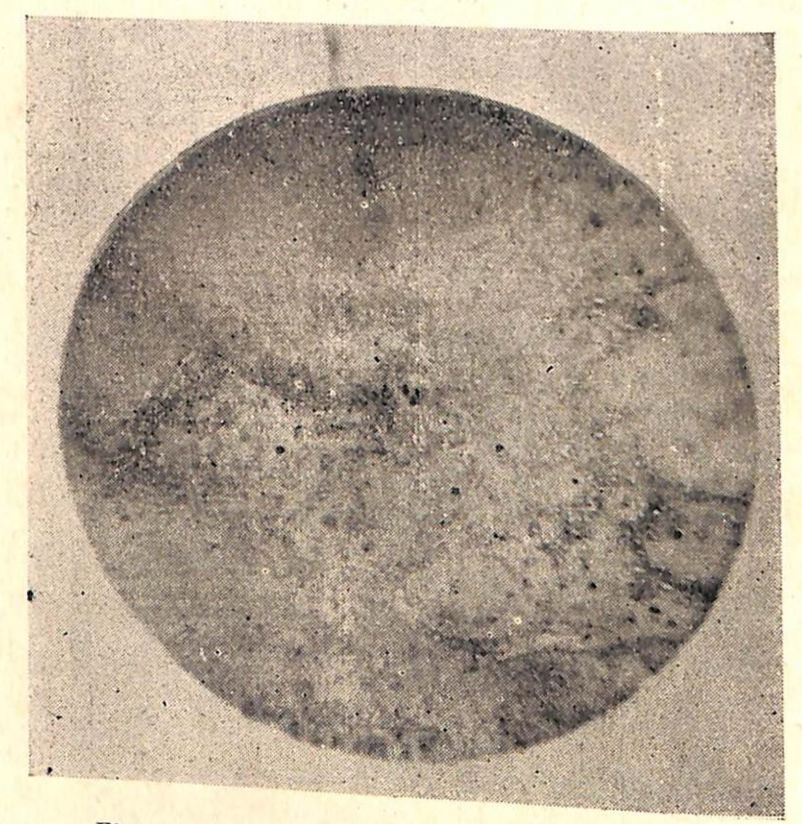


Fig. 2.—Numerosos folículos centrados por células gigantes. Hemateína eosina.

El tuberculoma es típico con zonas centrales de caseificación rodeado de células gigantes ultratípicas, cada una de las cuales es un nuevo centro de extensión (Figs. 2 y 3).

Por los métodos de impregnación (Reumont-Trelles) se pueden apreciar algunos detalles de la estructura del tuber-

culoma como su riqueza en tejido reticular. La cápsula interna presenta un buen número de cilindros ejes degenerados sobre todo de las fibras tálamo-estriadas. En cuanto al

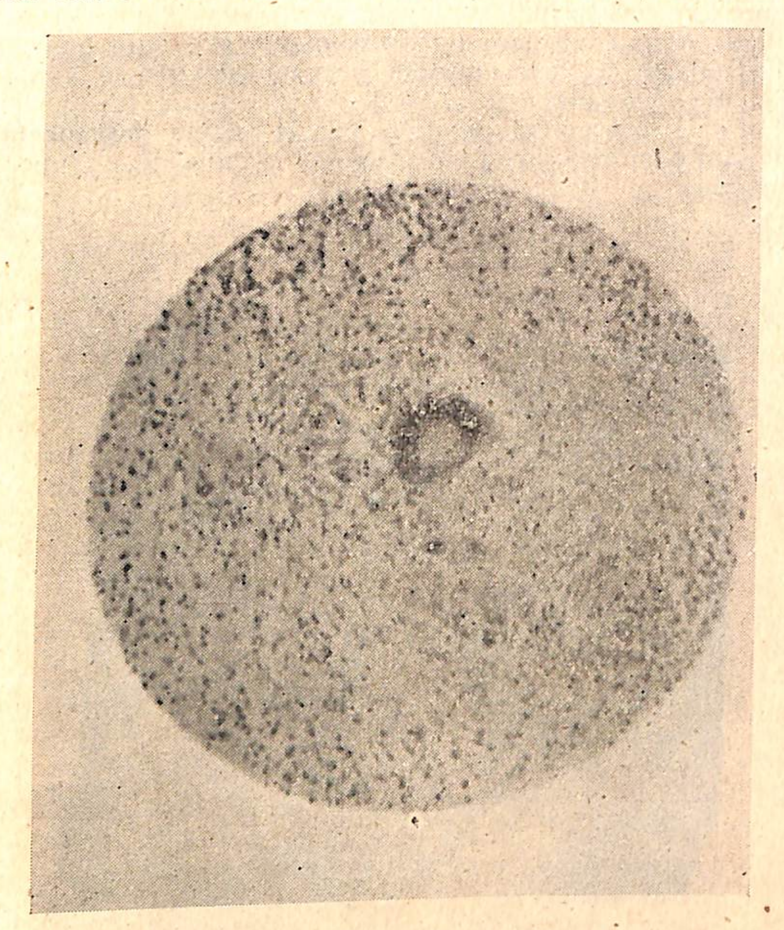


Fig. 3.—Parte central de un folículo: célula gigante. Hemateina eosina.

putamen y al globo pálido presentan aspecto sensiblemente normal.

REGION DEL TERCER VENTRICULO

Corte horizontal pasando por la comisura gris y por la comisura blanca posterior.—Presenta un aspecto comparable al precedente, con la diferencia de que a este nivel el tuber-

culoma interesa más la región posterior de la cápsula interna y destruye igualmente la comisura blanca posterior.

La región del lado izquierdo, normal. El tercer ventrículo aparece con su luz disminuída y se observa que el tuberculoma se ha propagado por la comisura gris para penetrar en el tálamo del lado opuesto, pero únicamente en una región muy limitada.

Corte horizontal pasando por la **región mecencéfalo sub-óptica** interesando los tubérculos mamilares, el túber y quiasma.

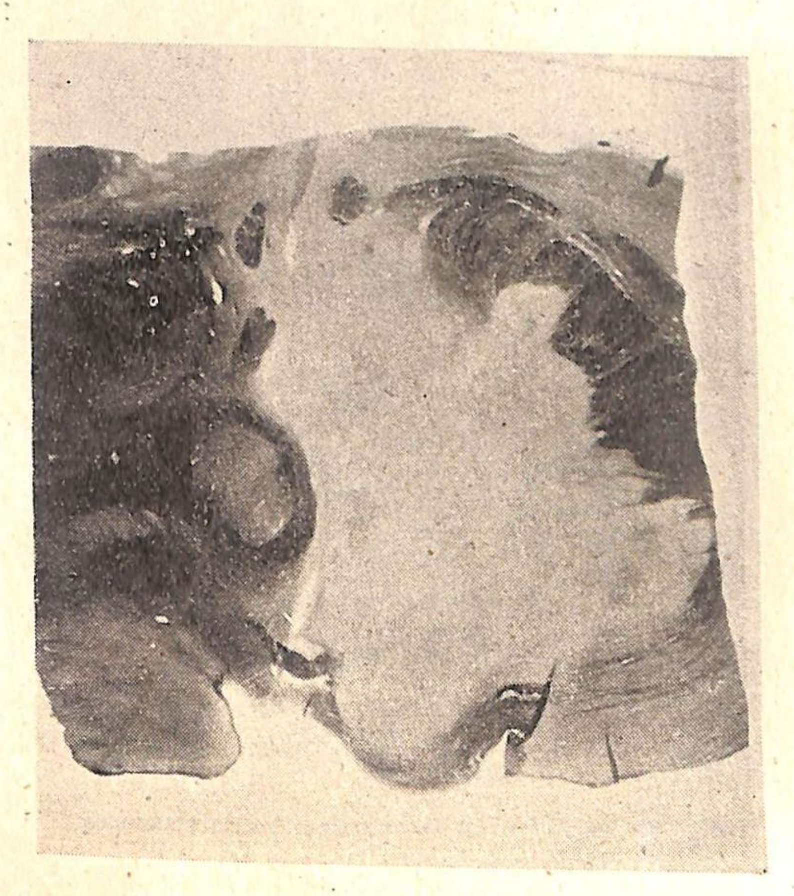


Fig. 4.—Región sub-óptica.—Loyez Región de mayor extensión del tubérculo.—Destrucción de las estrías meculares del T. L. A. y de la comisura blanca posterior.

El quiasma, la cintilla y el túber presentan arquitectura normal. En el mecencéfalo se aprecia un grueso tuberculoma que ocupa toda la hemicalota derecha, invadiendo ligeramente la perte media del pie del mismo lado y propagándose hacia atrás hasta el tubérculo cuadrigémino poste-

rior, destruyendo a este nivel la comisura blanca posterior y las estrías medias, anteriores y posteriores de los tubérculos cuadrigéminos. El acueducto de Sylvio obstruído es rechazado más allá de la línea media, el tuberculoma ha sobrepasado el rafe mediano e interesa el segmento más interno del núcleo rojo del lado opuesto, respetando sin embargo las raicillas del tercer par. En el lado derecho, el tuberculoma destruye pues el segmento interno del locus niger, el núcleo rojo, el núcleo del tercer par, la cinta de Reil media y lateral, el tubérculo cuadrigémino, las fibras de la sustancia reticular y las fibras de la cintilla longitudinal posterior (Fig. 4).



Fig. 5.—Loyez.—El tuberculoma infiltra toda la hemicalota derecha.—Notar la persistencia de algunas raicillas del 3.er par derecho.

Región media del pedúnculo cerebral.—El tuberculoma disminuye de volumen, pero destruye a este nivel toda la

hemicalota derecha, respetando el locus niger y el tubérculo cuadrigémino.

Parte inferior del pedúnculo cerebral.—El tuberculoma disminuye considerablemente de volumen, ocupa la región central de la calota, respetando el núcleo del tercer par, así como algunas de sus raíces que nacen a este nivel. Es curioso observar la persistencia de algunas de estas raicillas aún en la región central. Todas las formaciones del hemipedúnculo opuesto perfectamente normales ((Fig. 5).

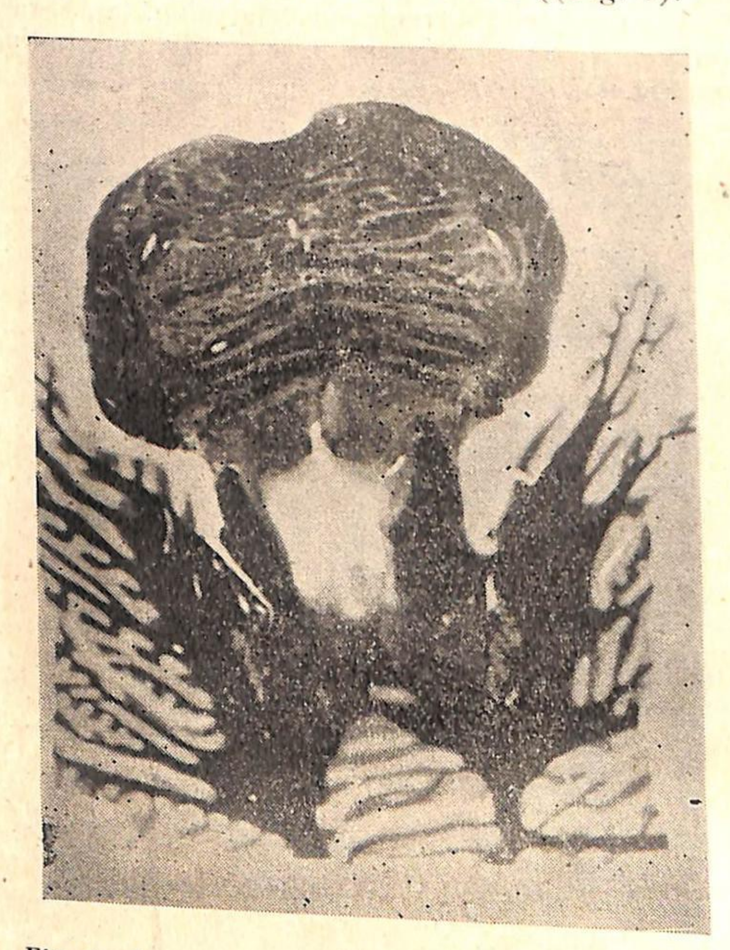


Fig. 6.—Loyez. Degeneración del haz central de la calota derecha. Disminución de volumen del pedúnculo cerebeloso superior izquierdo.

En cortes seriados de la protuberancia y del bulbo se observan las degeneraciones secundarias (Figs. 6, 7, 8, 9 y 10) a las lesiones que acabamos de analizar.

En primer lugar, la palidez del haz piramidal derecho,

así como una desmielinización menos neta del haz piramidal izquierdo, secundaria ésta a un tuberculoma del lóbulo paracentral que señalaremos más adelante. No existe degeneración retrógrada de la cinta de Reil del lado derecho. Se observa más bien la degeneración descendente del haz central de la calota a través de la protuberancia y del bulbo, formando allí una verdadera corona que rodea a la oliva bulbar correspondiente. Por otra parte se nota una disminución neta en el volumen del pedúnculo cerebeloso superior del lado izquierdo con una ligera palidez del núcleo dentado correspondiente. Los hemisferios cerebelosos son sensiblemente iguales.

La oliva bulbar derecha presenta una desmielinización

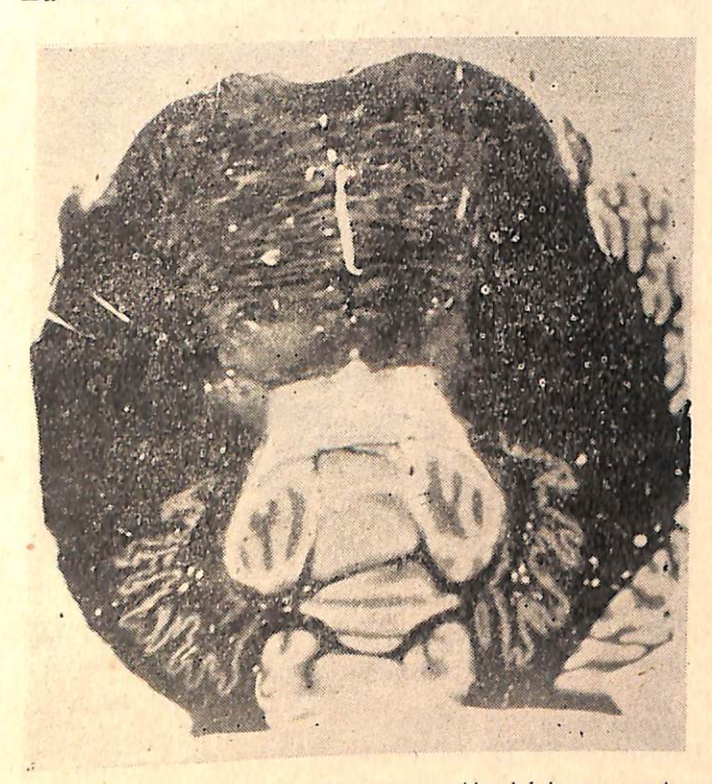


Fig. 7.—Loyez.—Notar la degeneración del haz central de la calota derecha; la atrofia de núcleo dentado izquierdo.

de sus láminas intraciliares sin proceso hipertrófico.

Con los métodos de impregnación argéntica se pone en evidencia un comienzo de hipertrofia celular olivar más neta

en la lámina dorsal, hipertrofia del tipo descrito por Lhermitte y Trelles, pero hipertrofia que se esboza.

En un corte del lóbulo paracentral se aprecia un tuberculoma del tamaño de un huevo de pichón desarrollado a ambos lados de la cisura de Rolando, con una zona de caseificación central y zonas de caseificación periférica (Fig. 11).

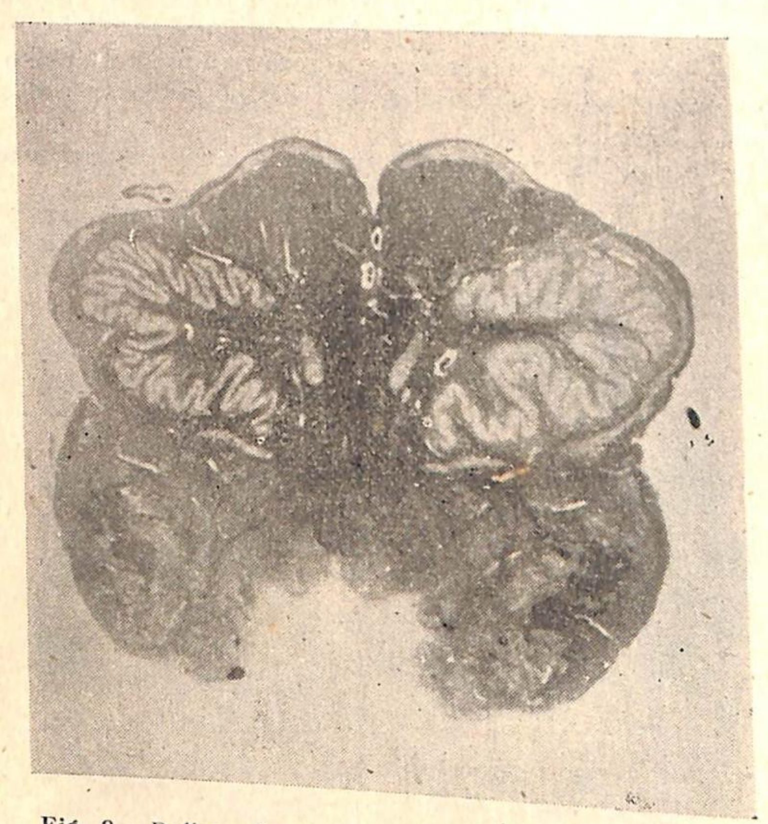


Fig. 8.—Bulbo.—Loyez. Degeneración del vellocino extra e intra-ciliar de la oliva derecha.—Degeneración neta del Haz central de la calota.

Discusión de la sintomalogía.—Los trastornos de déficit motor que presenta el enfermo se explican fácilmente con las nociones clásicas de fisiopatología; la hemiplejía izquierda está indudablemente determinada por el tubérculo que asienta en el pedúnculo cerebral y se extiende hasta la capa óptica, el déficit motor es debido sobretodo a la lesión del haz piramidal, pues como hemos visto en el protocolo anátomo-patológico, la lesión desborda el núcleo rojo, destruye parte del Locus Niger e invade los tres quintos medios

del pie del pedúnculo cerebral, ocupados por el haz piramidal. La monoplejía del miembro inferior derecho depende a no dudarlo de la lesión del lóbulo paracentral izquierdo.

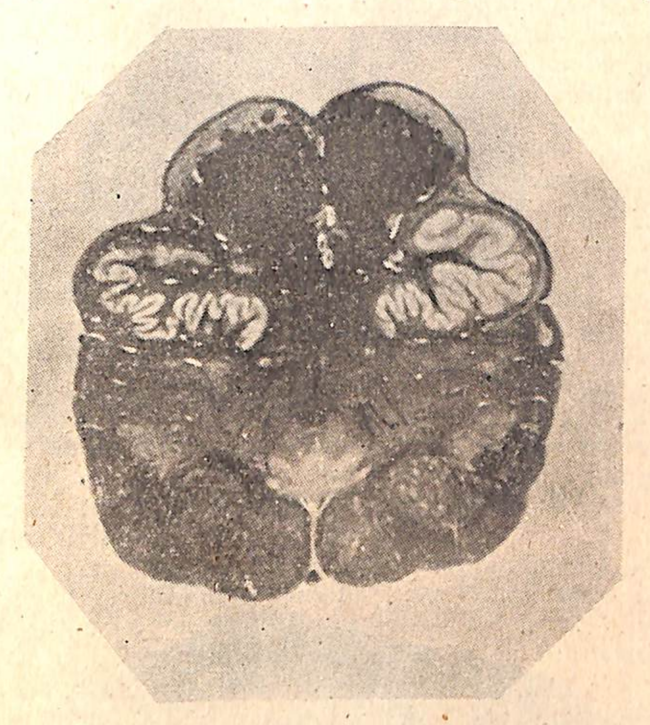


Fig. 9.—Loyez. Región mediana del complejo olivar. Desmielinización olivar derecha y degeneración del haz central de la calota.

De igual manera la hemianestesia constatada puede ser atribuída a la interrupción de las fibras sensitivas en un vasto territorio que se extiende desde la parte inferior del pedúnculo cerebral hasta la capa óptica. Cabe sin embargo señalar el hecho de que a pesar de encontrarse la capa óptica derecha completamente destruída por el tubérculo, el enfermo en ningún momento se ha quejado de manifestaciones dolorosas. Esta ausencia de manifestaciones penosas puede ser atribuida como en otros casos al hecho de que la interrupción de las vías aferentes sensitivas de la capa óptica es completa, quedando de esta manera privado de todo influjo sensitivo exterior. Los primeros síntomas que presentó el paciente, parecen haber sido de déficit sensitivo, la cinta de Reil se habría encontrado interrumpida antes de que el proceso invadiese la capa óptica, explicándose en esta for-

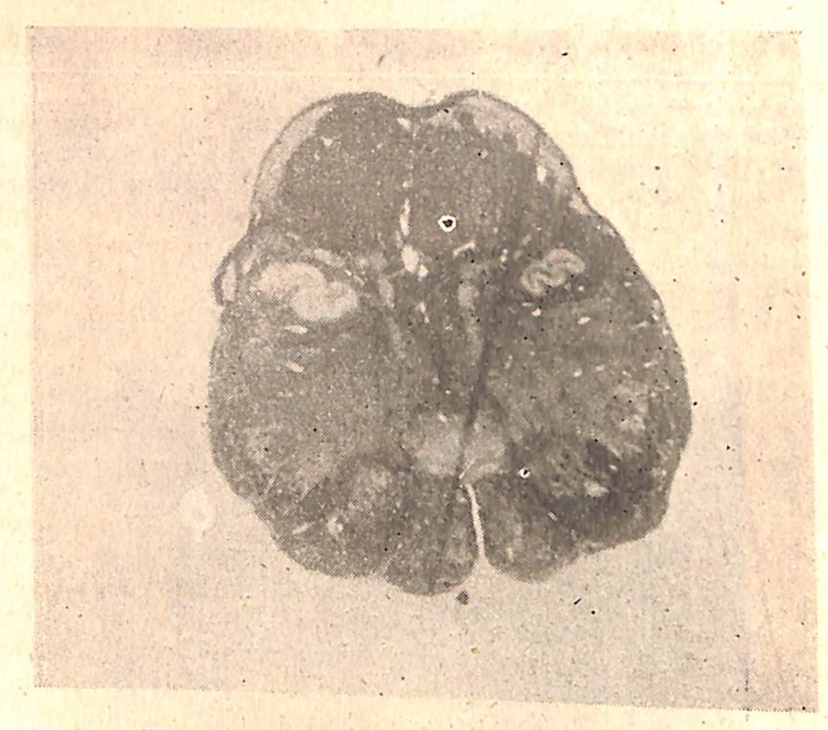


Fig. 10.—Parte inferior del complejo olivar (Fotografía invertida) Loyez.



Fig. 11.—Lóbulo paracentral izquierdo.—Pequeño tuberculoma.—Loyez.

ma la ausencia durante toda la evolución de la hiperpatía característica de las lesiones del tálamo óptico.

La presencia de los movimientos involuntarios expontáneos es más difícil de hacer encuadrar con las nociones clásicas de fisiopatología. Para Jeliffe los movimientos atetoides serían consecuencia de la interrupción de las fibras rubro talámicas y córtico rúbricas; los movimientos coreiformes se deberían a la alteración del pedúnculo cerebeloso superior. En el caso que relatamos el núcleo rojo se encontraba completamente destruído; es pues necesario admitir que los movimientos involuntarios expontáneos eran debidos a la actividad de zonas inferiores, probablemente a la de las vias cerebelosas.

En lo que se refiere a la hipertonía el caso no proporciona datos importantes, en efecto la existencia de un compromiso piramidal importante complica los factores que intervienen en la producción del síntoma. Sin embargo el tipo de contractura que presenta algunos de los caracteres de lo que se observa en las lesiones extrapiramidales, estaría en favor de la existencia de importantes centros tonígenos en la región bulbo protuberancial como lo admite la concepción de Van Gehuchten.

Las parálisis oculares se explican fácilmente por la topografía de la lesión peduncular. En el lado derecho la destrucción del núcleo y filetes radiculares del tercer par explican la parálisis de este nervio, tanto en la motilidad extrínseca como en el territorio de las fibras vegetativas nacidas del núcleo de Westphal-Edinger, anexo al tercer par, lo que da cuenta de la midriasis. Además la abolición del reflejo a la acomodación y el fotomotor está también condicionada por la propagación del tuberculoma al tubérculo cuadrigémino anterior y la destrucción de las estrías medulares por las que como se sabe pasan las fibras que aseguran este reflejo, como parecen haberlo demostrado después de Kinnier Wilson, Spiller, Houston Merrit y Merril Moore en trabajos recientes que han sido largamente comentados. La parálisis de elevación y descenso de ambos globos oculares se puede explicar por la destrucción de las fibras de la comisura blanca posterior por la cual ellas se entrecruzan. Hechos análogos han sido publicados por Lhermitte y Bollach, Spiller, Alajouanine y Thurel, Kinnier Wilson, Andre Thomas, Schaeffer e I. Bertrand entre otros.

En cuanto a la exolftalmia que presentaba el enfermo puede ser atribuída a la predominancia de la inervación simpática de la cápsula de Tenon, comparable en cierto modo a la que se observa en la enfermedad de Bassedow por ex-

citación simpática, aunque el mecanismo que determina la predominancia del simpático sea del todo diferente en ambos casos.

* * *

Como vemos, la lesión desgraciadamente demasiado extensa, no permite que nos entreguemos a inducciones fisiopatológicas precisas, sin embargo hemos creído poder vertir esta observación a la casuística de los síndromes del núcleo rojo, porque a pesar de sus deficiencias presenta algún interés. Antes de concluir queremos insistir sobre dos puntos anatómicos. Primero, sobre la disminución de volumen del pedúnculo cerebeloso correspondiente, con una ligera disminución de volumen del núcleo dentado, como es de regla en estos casos; segundo, en la degeneración descendente netamente visible y fácil a seguir del haz central de la calota, desde la región inferior del mecencéfalo hasta la misma oliva bulbar. La oliva bulbar está desmielinizada y presenta un aspecto especial de seudo hipertrofia que se puede clasificar de legítima, en oposición a la seudo hipertrofia de la oliva, descrita por Pierre Marie y Guillain, en las cuales como lo han demostrado Lhermitte y Trelles se trata de una verdadera hipertrofia de la oliva que se traduce por el aumento del espesor de la lámina de substancia gris y por la reacción hipertrófica de las células olivares con proliferación dendro axonal. Por último notemos todavía aquí que a pesar de la lesión del núcleo rojo y de la degeneración del haz central de la calota y de la degeneración tanssináptica de la oliva bulbar, así como de la degeneración retrógrada del pedúnculo cerebeloso superior con atrofia del núcleo dentado el paciente no presentaba el síndrome de las mioclonías rítmicas, velo-faringo-laríngeas. En otra parte hemos insistido largamente sobre esta particularidad y hemos hecho algunas consideraciones sobre la constitución del haz central de la calota que parece recibir o abandonar contingentes de fibras en su paso por la calota protuberancial. Particularidad que ha sido igualmente notada por el Profesor Nicolesco. Pero este es un asunto que merece desarrollo especial y será objeto de un trabajo ulterior.

Dr. Fernando de Allende Navarro

La barrera ecto-mesodérmica del cerebro. - Recientes adquisiciones

En el curso de una obra creadora y original que se extiende ininterrumpidamente a través de medio siglo, **Constantino von Monakow** postulaba entre otras síntesis finales que el sistema nervioso central engendraba dos grandes categorías de procesos patológicos: **los morfológicos y los secretorios.** Nos ocuparemos de los segundos, que se caracterizan, según el Maestro de Zürich, por una alteración de la esfera de los instintos, condicionada por perturbaciones bioquímicas de los humores, de los productos de secreción interna y, en especial, de los plexos coroides. Este género de disturbios formaría el substrato fundamental de las neurosis y de las psicosis.

Un número considerable de experiencias y observaciones fisiológicas y patológicas autorizan ampliamente la hipótesis de una alteración morfológica en relación con un desequilibrio de la esfera instintiva. Y fué inspirándose en ellas que **von Monakow** llegó al convencimiento de la existencia de un aparato protector del sistema nervioso central intercalado entre el sistema neuro-endocrino y el tejido cerebral, entre la sangre circulante y el parénquima nervioso. A este organismo le dió el nombre de **barrera ecto-mesodérmica.** La barrera es al mismo tiempo un conjunto anatómico heterogéneo y una síntesis fisiológica. Se define como una entidad fisiológica constituída por elementos anatómicos diferentes y cuyas funciones tienden al mantenimiento y a la defensa del sistema nervioso central. Los órganos que integran la barrera son: **los plexos coroides, la tela coroides, el ependimo, el tejido sub-ependimal, la neuroglia, el endotelio vascular, y, según Zanz, las meninges.**

Que existe una membrana intercalada entre el líquido céfalo-raquídeo y la sangre es un hecho del cual nadie puede dudar. Basta comparar la composición de ambos líquidos, dice **Gellhorn**, para persuadir que entre ellos se interpone una membrana.

Las dificultades se inician cuando se trata de precisar el rol fisiológico de cada uno de los diversos componentes de la barrera. Las expeciencias se contradicen, los datos obtenidos por un autor son negados por otro. Así, por ejemplo, antiguas y recientes experiencias atribuyen a los plexos un rol secretorio que últimamente **Boschi** y **Riser** ponen en duda a pesar de los resultados concluyentes de **Dandy, Cusching, Frazier** y **Peet.** Esta actitud nos sorprende tanto más, que a los hechos acumulados durante cerca de 30 años se han agregado como decumento irreductible las intervenciones de **Putnam,** que coagula los plexos por endoscopía en ocho niños afectados de hidrocefalia comunicante, obteniendo su desaparición en siete de ellos.

Riser y su Escuela han estudiado las funciones de este elemento sólo desde el punto de vista experimental, lo que constituye un evidente error de método, sobre todo cuando se consideran las dificultades de técnica y la infinita complejidad de los fenómenos nerviosos. Las investigaciones embriológicas y teratológicas realizadas por **von Monakow** y sus alumnos, revelan el papel importantísimo que incumbe a los plexos en las primeras etapas de la vida y demuestran, que el desarrollo de las vesículas cerebrales se hace a sus expensas y que en los casos de malformaciones del sistema nervioso central se anotan detenimientos, estados rudimentarios o bien sólo vestigios de esos órganos.

El rol nutritivo de los plexos es un hecho, exactamente como la permeabilidad coroidea. Las experiencias de **Goldmann, Spatz, Riser, Stern y Gautier,** lo establecen sólidamente. El epitelio de las papillas y su tejido de sostén captan y detienen las coloraciones vitales. Las célebres experiencias de **Peterhoff, Weed, Nañagas,** que descansan en un material enorme de investigación y en una técnica rigurosa, confirman la función protectora de los plexos y ponen de manifiesto que ningún proceso de resorpción se verifica en esos órganos.

La fisiología experimental viene en apoyo de las ideas de **von Monakow.** Se deben en gran parte a **Lina Stern** y sus colaboradores. Demuestran la función **selectiva** de los plexos, el papel que juegan en la **constancia de la composición** del líquido céfalo-raquídeo; el valor **evolutivo** de la barrera, más permeable en el primer cuarto de año en el

niño; y, por último, el estudio de la **circulación** del líquido le permite concluir que esta se verifica desde los ventrículos laterales hacia los espacios subaracnoideos a través de la masa nerviosa. Esta vía de evacuación se desprendía asimismo de los trabajos de **Nañagas, Weed, Wislosky** y **Putnam, Puuseep**, etc. Partiendo de sus investigaciones en embriones y fetos, **von Monakow** la había formulado mucho antes que esos autores. **Riser** y su escuela la niegan categóricamente. En realidad, hay que admitir que existen argumentos decisivos en su contra.

La neuroglia, junto con los plexos es otro elemento importante de la barrera. Su misión elevada se desprende de los trabajos de la Escuela Española y, en especial, de **del Río Hortega**, y del genial y malogrado **Achúcarro**. El criterio histológico, la presencia de gliosomas, ha sugerido la hipótesis, aceptada por **Mawas, Nageotte, Collins, Langlois**, que la neuroglia protoplasmática no sea otra cosa que una vasta glándula intersticial. El valor nutritivo de la neuroglia y es innegable y se realiza gracias a las trompas o pie de implantación vascular. En esta forma la glia sirve de intermedio entre la célula ganglionar y la sangre circulante.

El pie de implantación vascular se fija en la membrana limitans de **Hald** y **Fieand**, uniéndose la actividad funcional de la glia con la del endotelio capilar. A nuestro juicio, es en este nivel donde se desenvuelven los procesos nutritivos, de intercambio, más elevados, al mismo tiempo que las funciones de protección y de defensa del parénquima cerebral.

En este punto y en parte, coincidimos con la opinión de **Riser** y de su Escuela. Para ella sólo el endotelio vascular monopoliza el poder selectivo de detener o permitir el paso en el líquido céfalo-raquídeo o en el parénquima, de las substancias contenidas en la sangre, cualquiera que sea su naturaleza. La concepción de **Riser** que data de 1925, fué brillantemente expuesta por su autor en el Congreso Neurológico Internacional de Londres de 1935 como tema oficial, con el título de "**Fisio-patología de la presión intracraneana, de la producción y de la reabsorción del líquido céfalo-raquídeo**". En 1923 escribía textualmente en una de mis publicaciones: "La barrière ectomésodermique du cerveau, avec considérations spéciales sur la Schizophrénie et l'Epilepsie"—: **"La función del endotelio vascular es principalmente depuradora. Como los otros elementos de la barrera, el endotelio vascular debe neutralizar las substancias nocivas que llegan al cerebro. Esta función filtrante es probablemente selectiva"**. Mi opinión, como puede verse, se di-

ferencia de la de **Riser** en que este último no atribuye papel alguno a la glia, en circunstancias que el rol del endotelio debe estar ligado al funcionalismo de la trompa vascular neuróglica.

Era de suma importancia realizar algunas investigaciones sobre el estado de los plexos en aquellas enfermedades que se caracterizan por un derrumbe afectivo, por un debilitamiento o paralización de la vida instintiva, del "elan vital". La esquizofrenia cumple con estas condiciones. 60 cerebros de dementes precoces estudiados en cortes en serie revelaron a **von Monakow, Kitabayaschi** y **Allende Navarro** graves lesiones de los plexos, caracterizadas por una atrofia generalizada y en masa del epitelio secretor. Esta lesión parece característica y es muy diferente de las que acompaña los estados orgánicos.

Trataremos, por último, uno de los problemas más importantes, concerniente a la barrera. **Stöhr** puso de relieve una riquísima red nerviosa que se teje en la pared de los vasos y que se desparrama en el tejido conjuntivo de las papillas vasculares coroideas. Las cifras simpáticas y parasimpáticas adquieren un desarrollo considerable a la altura del tercer y cuarto ventrículos, es decir, en el nivel de los centros vegetativos vitales por excelencia. Estas relaciones anatómicas sugieren más de una reflexión. En 1924, de acuerdo con mi Maestro **von Monakow**, escribíamos que la actividad de los plexos experimentaban **una regulación de orden vegetativo y que en relación** probable pero no **demostrada con la corteza**, desempeñaba una función de equilibrio de la más alta importancia frente a los cambios de presión, de cantidad y de composición del líquido céfalo-raquídeo.

Ahora bien, en el piso del tercer ventrículo se encuentran localizadas una serie de representaciones vegetativas hipotalámicas y periventriculares, grupos nucleares que serían centros reguladores del metabolismo hidrocarbonado, del agua, de los nucleoproteidos, de las grasas, de la presión arterial, de la vaso-motilidad, de la secreción del sudor, de la inervación de la musculatura lisa de los ojos y de la vegiga. Hechos experimentales y clínicos recientes permiten la localización en el diencéfalo de nuevos centros: el de la hematopoiesis, al cual se vinculan los nombres de **Mariano Castex** y de **Trelles**, entre otros, y por último los resultados de **Watts** y **Fulton** establecen que las lesiones experimentales del área hipotalámica, y especialmente del núcleo supra-óptico, provocan profundas alteraciones gastro-intestinales y cardíacas.

La Escuela Alemana: **Müller, Greving, Leschke, Krauss,** ve en estas estructuras diencefálicas un sitio donde se hospedaría la parte subterránea de nuestro psiquismo,—el psiquismo superior—aun más elementos que tendrían una ingerencia importante en los procesos psíquicos más elevados. Es ésta una conclusión prematura y simplista, contra la cual se eleva **von Monakow,** para quien se trata sólo de órganos de ejecución inmediata como lo es, el núcleo del tercer par para el movimiento de los ojos. A lo sumo lo que existe, continúa, son combinaciones reflejas de un orden más complejo que en la región bulbar. En todo caso el principio de la **emigración de la función hacia los órdenes superiores de asociación y de proyección,** que se realiza en todas sus partes en el sistema nervioso del hombre, hace poco aceptable el concepto de una función de regulación y todavía menos el de una representación de la vida instintiva, que está de moda atribuir a la substancia gris periventricular. A pesar de la profunda obscuridad que reina todavía en la interpretación de los hechos observados hasta aquí, toda la biología del sistema nervioso humano nos lleva a pensar que sólo es en la corteza donde es preciso hallar la verdadera regulación de la vida órgano-vegetativa, en relación de causalidad recíproca con todas las representaciones infracorticales. Entre ellas nos parece jugar un rol preponderante la barrera ecto-mesodérmica, a la cual se encuentra probablemente subordinada la actividad funcional de la substancia gris periventricular."

La idea del gran biólogo y anatomista que, como nadie, tenía una vista sintética del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados, ha encontrado recientemente su confirmación por vía experimental. **Fulton** ha logrado delimitar una zona situada por delante de la frontal ascendente, en donde se encontraría localizada **la representación cortical del sistema nervioso autónomo.** La excitación o extirpación unilateral de esta **Zona Premotriz Cortical** permite constatar: 1º La alteración de la termoestesia contralateral; 2º La alteración del color de la piel y de la piel misma; 3º Edema ocasional de la extremidad contralateral; 4c Taquicardia; 5º Aumento del peristaltismo intestinal; 6º Ptyalismo; 7º Vaso dilatación difusa y disminución de la presión arterial.

El valor de estos resultados es incalculable. La idea por lo demás absurda de un psiquismo inferior, de una representación diencefálica de la vida instintiva, queda de golpe eliminada, y se integran definitivamente los complejos nucleares órgano-vegetativos periventriculares al imperio, al señorío de la corteza.

Sin embargo, grandes problemas de fisiología y de patología cerebrales aguardan su solución. En especial necesitamos conocer más a fondo el mecanismo íntimo y regulador de la actividad de las estructuras infracorticales y de los plexos. Además, el rol que éstos desempeñan en el funcionalismo de aquéllas. Este rol es indudable si nos atenemos a la imagen anatómica y a los datos embriológicos, experimentales, patológicos y teratológicos.

Subsiste, por último, otra gran cuestión, aun más obscura que las precedentes: es saber en qué forma actúan los choques, las emociones, los traumas, las impresiones, que se suman a lo largo de la vida desde la más tierna infancia, en las representaciones corticales de la vida instintiva, en el área pre-motriz cortical? Un hecho es evidente y es que una serie de fenómenos condiciona la otra. Las neurosis, nos ofrecen a este respecto un campo de observación fecundo e ilimitado. Es en ellas en donde el desequilibrio del sistema autónomo encuentra una gama interminable de expresión: espasmos, ataxia vaso-motora, alteraciones tróficas, perturbación de las secreciones, disfunción glandular, atonia de la musculatura lisa, disturbios del peristaltismo, taquicardia, etc., etc. La psicoterapia causal actúa muchas veces en estos casos, con la seguridad de una reacción química, de una fórmula matemática. El restablecimiento del equilibrio de la vida del espíritu trae a su vez consigo, el funcionalismo armónico de la vida vegetativa. **Esto nos demuestra hasta la evidencia que el choque psíquico, el proceso psicopatológico, muchas veces inconsciente y remoto, es el elemento primario que repercute secundariamente en la representación central del sistema órgano-vegetativo.** El porvenir nos dirá cuál es el mecanismo de esta relación causal innegable de la cual conocemos sus infinitas resonancias somáticas.

Estimo supérfluo añadir al terminar que la noción de la barrera ecto-mesodérmica es una hipótesis facunda de trabajo que descansa en un número incalculable de investigaciones y experiencias anátomo-pato y fisiológicas, pero, que como todas las concepciones que inspira la patología y la fisiología del eje cerebro espinal se encuentra también envuelta por las más espesas tinieblas e incertidumbres inherentes a la inmensa complejidad de los fenómenos que se desenvuelven en el seno de la masa encefálica.

Dr. Guillermo Brinck

Jefe de Clínica Neurológica.
Histo-Patólogo del Manicomio
Nacional

Dr. Manuel Francisco Beca

Psiquiatra del Manicomio Nacional

Estudio anátomo-clínico acerca de la cisticercosis cerebral

La cisticercosis cerebral consiste, como es sabido, en la presencia en el cerebro del Cisticercus cellulosae, estado larval de la Tenia solium. Su frecuencia, generalmente poco conocida, y las consecuencias, a veces intensas y generalmente de orden neuropsiquiátrico, revisten este mal de una gran importancia y nos han decidido a estudiarlo con todo interés, aprovechando, tanto el material de enfermos a nuestra disposición en el Manicomio y Clínica Neurológica, como los no pocos casos llegados a la autopsia y estudiados en nuestro laboratorio de Neurohistopatología.

En esta forma hemos recogido 16 observaciones, todas, a excepción de 2, de enfermos de una edad comprendida entre los 20 y 40 años y en su mayoría de sexo masculino (10 casos). Calculando el porcentaje de autopsias del Manicomio, nuestros casos alcanzan a un 2,3%.

Anatomía patológica.

No insistiremos en la descripción del parásito, suficientemente conocido, con su scolex o cabeza y sus membranas de envoltura. Bástenos advertir que en ciertas formas, la variedad racemosa, falta por lo general, el scolex

y también la membrana más externa formada por el tejido ambiente, o sea la adventicia. El cisticerco racemoso se extiende gracias a esto libremente por los espacios subaracnoídeos en forma de vesículas múltiples en forma de racimos de uva, de donde proviene su nombre.

La presencia del parásito determina en el tejido nervioso alteraciones inflamatorias, tóxicas y de compresión. La característica histológica más interesante de la inflamación cisticercótica son las lesiones vasculares y la tendencia a la producción de un tejido granulatorio plasmolinfocitario con células gigantes y a veces necrosis; lo cual lo hace semejante al granuloma sifilítico o tuberculoso. Los fenómenos irritativos crónicos y de compresión determinan la producción de un tejido granulatorio y de una cápsula conjuntiva que suele alcanzar gran espesor y reconocerse entonces macroscópicamente. En ella es posible describir tres capas: una interna de leucocitos, células epiteloideas y gigantes; una media, fibrosa, y una externa de inflamación activa en que predominan las células plasmáticas, al lado de linfocitos, eosinófilos y células gigantes.

Manifiestas son también las lesiones vasculares; infiltración linfoplasmocitaria de arterias y venas; a veces verdaderos granulomas de la pared con tendencia necrótica y numerosas células gigantes. Aun la túnica interna suele entrar en actividad, produciéndose una reducción del lumen ocupado por el endotelio proliferado. La semejanza con la arteritis gomosa o la arteritis de Huebner suele ser manifiesta (Jakob).

Las lesiones vasculares repercuten sobre el parénquima en forma de atrofias, focos de reblandecimiento, etc. La acción mecánica de compresión determina también en el tejido nervioso una atrofia secundaria. La glia, especialmente la macroglia, prolifera y forma una verdadera cápsula glial que dobla por fuera la conjuntiva ya descrita. A menudo el tejido cerebral vecino al quiste está reblandecido y edematoso; con aspecto areolar, los espacios perivasculares distendidos y la oligodendroglia hinchada. Las coloraciones de grasa revelan un proceso desintegrativo con formación de corpúsculos adiposos, y las de mielina un aclaramiento que se extiende alrededor del quiste. Las células nerviosas experimentan en estos puntos toda clase de alteraciones regresivas.

Las meninges presentan signos inflamatorios de tipo plasmolinfocitario, aún a distancia. En general, aún cuando las lesiones predominan en la vecindad del parásito, casi siempre es posible descubrir una repercusión más ale-

jada de las alteraciones, especialmente en las formas de parásitos múltiples diseminados, otra de las variedades de la cisticercosis cerebral. Además de la naturaleza e intensidad de las lesiones, tiene gran importancia, en efecto, en la génesis de los síntomas, la localización y número de los parásitos, según lo cual podemos distinguir las siguientes formas:

1) **Cisticercosis de vesículas aisladas:**
a) Forma difusa intracerebral bilateral;
b) Forma meningocortical, circunscrita o difusa;
c) Formas confluentes;
d) Formas intraventriculares;
e) Formas mixtas.
2) **Cisticercosis racemosa.**
a) Forma basilar (pedúnculo-ponto-quiasmática);
b) Forma silviana (a menudo unida a la anterior).

Macroscópicamente se observan raras veces los parásitos en la cisticercosis racemosa basilar como verdaderos racimos de uva henchidos, más comúnmente aparecen arrugados, extendidos, cubriendo la base del cerebro, junto con las meninges engrosadas y de aspecto lechoso, alteración meníngea que aparece también en puntos más o menos aislados del parásito y asimismo en las formas de parásito aislado. En éstas, las vesículas del tamaño de una lenteja o mayores, se hunden en la corteza en una especie de nicho dentro del cual el scolex aparece como un gusanillo enroscado. La cavidad es sobre todo reconocible al extraer las vesículas o cuando los parásitos han sufrido alteraciones regresivas hasta quedar sólo las cavidades que dan entonces al cerebro el aspecto de un queso de Gruyère. La regresión menos completa hace aparecer los parásitos como nódulos fibrosos calcificados sin estructuras. Al necrosarse el parásito completamente queda sólo la cápsula conjuntiva con sus elementos infiltrantes y células gigantes; y si sobreviene supuración en ausencia de estructuras parasitarias, la distinción con un absceso cerebral crónico encapsulado resulta difícil.

La localización de los parásitos aislados es sobre todo frecuente en la corteza siempre en contacto con las meninges; por ejemplo, en los surcos y después, en los núcleos centrales y vecindad de los ventrículos. Mucho menos frecuentes son en el tronco del encéfalo y cerebelo. La obliteración de los espacios subaracnoídeos y vías de circulación del líquido céfalo-raquídeo determina una hidrocefalia y los síntomas de un tumor de la fosa posterior o de una aracnoiditis de la gran cisterna. Es de advertir aquí

que, en general, la relación entre la anatomía y la clínica es escasa. Las mismas lesiones pueden determinar cuadros clínicos muy diferentes; cisticercos pequeños y escasos pueden dar una sintomatología grave y quistes múltiples son capaces de revelarse como simples hallazgos de autopsia.

Sintomatología clínica.

Si por una parte la cisticercosis cerebral puede, en ciertos casos, evolucionar silenciosamente sin síntomas, por otra parte, es capaz de determinar múltiples trastornos neurológicos o mentales, cuya variedad hace imposible precisar un cuadro clínico definido y muy difícil llegar a un diagnóstico en vida del enfermo.

Por la misma razón, tal vez, sea lo más característico del mal el polimorfismo de los síntomas. Sin embargo, la mayor frecuencia con que aparecen ciertas alteraciones, nos ha permitido describir algunos síndromes y signos del L.C.R. que detallaremos brevemente.

Síndrome de epilepsia.—La cisticercosis evoluciona a menudo con las características de la epilepsia esencial, con o sin trastornos mentales, incluso con el L.C.R. negativo, sin que sea posible un diagnóstico diferencial.

En otros casos (tres de los nuestros), se presentan manifestaciones convulsivas parciales, signos de hipertensión craneana y alteraciones del líquido céfalo-raquídeo del tipo de la sífilis. En los primeros se trata generalmente de nódulos córtico-meníngeos, fibrosos, mientras los segundos corresponden a cisticercos corticales rolándicos o cisticercosis racemosa con extensión silviana secundaria.

Elementos que ayudan al diagnóstico en la forma epiléptica son: el carácter variable y cambiante de los ataques o equivalentes, la asociación de epilepsia parcial con general; las remisiones prolongadas y los elementos generales de diagnóstico que citaremos más adelante.

La frecuencia del síndrome epiléptico es según Küchelmeister del 25% de los casos. De los casos reunidos por nosotros en la literatura existe más o menos la misma proporción, en nuestras 16 observaciones hay 11 con epilepsia; y entre las autopsias del Manicomio hemos tenido en 1935, dos casos de cisticercosis entre 20 epilepsias.

Síndrome tumoral.—De un total de 60 observaciones que recogimos en la literatura, casi las dos terceras partes evolucionaron con síntomas semejantes a los de un tumor del encéfalo.

Ya hemos hablado anteriormente de los casos que evolucionan con una sintomatología rolándica y que terminan por ser operados y reconocidos como de origen parasitario. Es una forma relativamente frecuente, a juzgar por nuestras observaciones y las ajenas. La cisticercosis racemosa de la base evoluciona a menudo con la sintomatología de un tumor de la fosa posterior o como una aracnoiditis de la gran cisterna con hidrocefalia y signos imprecisos de localización en el tronco del encéfalo. Junto a la cefalea intermitente, los vómitos continuos se señalan, el nistagmus, fenómenos de desequilibración, limitación del ascenso ocular, rigidez de la nuca, con dolores cervicales, etc. Uno de nuestros casos (observación N.º 1) evolucionó en esta forma. La ventriculografía denunció una dilatación universal del sistema ventricular, incluso, del cuarto ventrículo. El diagnóstico fué de aracnoiditis posterior por parásitos o de otro origen. En la intervención las meninges de la cisterna posterior tenían el grosor de la duramadre y un aspecto blanquecino nacarado. Pudieron obtenerse numerosas vesículas de cisticercos. Hecho notable: el L.C.R. era normal. En este caso el síndrome hipertensivo con característica de hidrocefalia y signos de obstáculo posterior fué precedido de un período en el que hubo manifestaciones convulsivas parciales que denunciaban más bien un proceso rolándico. En otros casos observados por nosotros o referidos en la literatura ambos fenómenos coexistían. Atribuimos cierta importancia diagnóstica a esta asociación sintomática que debe hacer sospechar un proceso multilocular como comúnmente lo es la cisticercosis. En tales casos o se trata de una cisticercosis de vesículas aisladas situadas unas en la fosa posterior y otras en la vecindad o en la región silviana misma. Lo importante es que síntomas que denotan localizaciones clínicas diferentes se sucedan o concurran.

En otros casos frecuentemente señalados, a esta sintomatología de hipertensión por obstáculo posterior, se asocian otros elementos clínicos que denuncian un extenso proceso encéfalo-medular, con síntomas clínicos y serológicos parecidos o semejantes a los de una sífilis del sistema nervioso. Entonces, junto a síntomas mentales y de hipertensión intracraneal, junto a manifestaciones de una localización posterior (nistagmo, desequilibrio, signo de Romberg, síntomas cerebelosos, temblor, etc), se observan síntomas medulares o neuríticos en combinación con alteración de las reacciones pupilares y síntomas meníngeos. El L.C.R. revela siempre, una numeración celular alta, positividad de las distintas reacciones de albúmina, positivi-

dad también de las curvas coloidales y a veces de la reacción de Wassermann.

La anatomía de tales casos casi siempre corresponde con la de una cisticercosis basilar que se extiende a todo el tronco del encéfalo y también a la médula, con grandes alteraciones vasculares y extenso proceso de meningitis de tipo gomoso. A menudo también existen intensas alteraciones degenerativas con proliferación neuróglica en la corteza cerebral, resultando de este modo explicados los síntomas mentales. La supuración repentina es una complicación frecuente (véase el capítulo de diagnóstico).

A este grupo, verdadera neuropsiquiatría del mal, pertenecen con ligeras diferencias, las observaciones publicadas por Guillain (1) (Caso Coud), una de las Redalié (2), los publicados por Chotzen (3), Bacre (4), Schmite y Lemoire (5) y nuestra observación N.º 6.

También debemos incluir aquí el síndrome descrito por Goldstein, quien atribuye gran valor a la sintomatología siguiente: combinación de un síndrome de Korsakoff con papila de ectasis y perturbaciones neuríticas en las extremidades inferiores a los cuales se agregan vértigos y rigidez pupilar.

Una forma frecuente del mal es la cisticercosis del 4.º ventrículo, que causa frecuentemente la muerte súbita. A Bruns se debe la descripción de la sintomatología correspondiente. Fuera de la cefalea, los vómitos y los vértigos, ligados a la hidrocefalia, se observan curiosas crisis sincopales y vertiginosas con inhibición brusca del tonus de los miembros inferiores y caída, manifestaciones cardiovasculares, sudores y palidez, todo ello ligado a los cambios de posición de la cabeza. En uno de estos accesos puede ocurrir el fallecimiento repentino.

En las observaciones de cisticercosis se habla a menudo de alteraciones de la reflectividad pupilar y especialmente de falta de reacción a la luz, incluso de signo de Argyll-Robertson. El fenómeno parece ser sobre todo frecuente en la cisticercosis racemosa de la base y tener por ello cierto valor diagnóstico. En cuanto al signo de Argyll propiamente tal, la mayor parte de las veces los datos señalados son insuficientemente y no satisfacen las exigencias actuales para el diagnóstico de tal signo.

(1) Etudes Neurologiques, 3eme serie.
(2) R. N. 1931, pág. 247.
(3) Loc. cit.
(4) Zentralblatt f. d. g. N. u. P. 1935, pág. 574.
(5) R. N. Pág. 538.

Síntomas mentales.—De nuestros 16 enfermos, 12 presentaban trastornos mentales (75%), y de ellos, en dos casos los síntomas psíquicos eran los únicos producidos por la cisticercosis (12½%). De las observaciones de Küchenmeister, tenían alteraciones mentales el 20%, y de los casos recogidos en nuestra literatura, el 25 a 30%. Nuestra mayor proporción, se debe seguramente en gran parte a que trabajamos en un Manicomio.

Los dos casos de sintomatología exclusivamente psiquiátrica corresponden a dos enfermas que comenzaron por presentar estados de excitación psicomotora que justificadamente fueron calificadas de maniacales. Pero en ambos casos, aparecieron en el curso de la enfermedad por una parte síntomas que no encuadran en una psicosis maníaco-depresiva (permanente desorientación y riqueza de alucinaciones o agitación continua, discordancia y pérdida de todo hábito de urbanidad y aseo); por otra parte, manifestaciones esquizofrénicas (tendencia a las actitudes fijas y al aislamiento, o incoherencia, estereotipias y profun- con el ambiente y demenciación, hasta la muerte en gatismo o en coma.

Si hemos de ubicar, pues, estos casos dentro de las clasificaciones en uso en psiquiatría, habrá que considerarlos como síndromes esquizofrénicos (observaciones 11 y 14).

Pero con estas dos únicas observaciones es imposible formarse una idea de la sintomatología puramente mental de la cisticercosis. La analogía que se observa entre ellas pierde importancia frente al gran número de cisticercosis cerebrales.

Los casos que hemos encontrado en la literatura también son muy escasos: uno que evolucionó como P. G.; otro con demencia y apatía; un tercero con agitación periódica y demencia secundaria, y un último con síntomas de demencia senil.

Mucho más frecuentemente aparecen síntomas psíquicos acompañando a síntomas neurológicos, ya sea que predominen unos u otros, aunque más generalmente los nerviosos.

Los trastornos psíquicos más frecuentes en estas formas mixtas son la obnubilación y confusión como trastornos de la conciencia, y la inestabilidad del humor en distintos grados, como trastorno de la afectividad.

La obnubilación de la conciencia se acompaña generalmente de un trastorno de la orientación alopsíquica, más especialmente en el tiempo que en el espacio, y aún autopsíquica, es decir de una pérdida de la conciencia del estado y situación, de una falta de auto-crítica.

Frecuentemente se asocia a estos síntomas la disminución de la memoria, sobre todo anterógrada, la cual completa, seguramente, la desorientación. Todos estos síntomas se reunen en un verdadero sindrome, influenciándose seguramente unos a otros; sindrome sumamente frecuente en la cisticercosis cerebral y que, a veces, se acentúa hasta producir una verdadera confusión mental.

Para facilidad de exposición comprenderemos dentro de este término, "confusión", no sólo un trastorno limitado de la asociación de ideas sino un complejo sintomático más general aunque poco preciso por su extensión, que comprende desde una alteración grave de la conciencia y una no menos grave de la ideación (en ocasiones aún con delirio constituyendo la "amencia"), hasta los trastornos de simple obnubilación, desorientación y amnesia mencionados.

La confusión mental así entendida aparece en 9 de nuestras observaciones, y en tres de ellas; unida a alteraciones de la memoria. Estos últimos casos son los que han permitido describir el llamado "sindrome de Goldstein" semejante al de Korsakoff, en el que a la amnesia se agregan síntomas neurológicos (trastornos neuríticos, papila de estasis, etc.). De nuestras observaciones, una sola (observación Nº 6) podría considerarse como sindrome de Goldstein, pero 4 de nuestros casos podrían incluirse en un sindrome mas amplio, de sintomatología neurológica de compresión o meningitis y sintomatología mental de confusión.

El otro sindrome mental mas frecuente es la inestabilidad afectiva; los enfermos tan pronto están tranquilos, dóciles o deprimidos, como eufóricos y locuaces. La variabilidad del humor es citada también en algunos casos de la literatura.

Si los síntomas de confusión e inestabilidad afectiva aparecen juntos y unidos todavía a alteraciones del L. C. R., se obtiene un sindrome mas completo y muy frecuente que podríamos calificar como tumoral (observaciones Nos. 2, 3 y 6).

Otros síntomas que aparecen con frecuencia son: el delirio, de tipo generalmente confusional, la excitación y la agresividad; y la demencia secundaria, sobre todo en las formas epilépticas (observación Nº 13).

En el caso de una demencia epiléptica y en general en las formas con alienación es difícil saber al encontrar cisticercos en la autopsia del cerebro, si no se trata de una cisticercosis secundaria, producida por la ingestión de parásitos en alienados que son sucios y muchas veces coprófagos. . . .

En tres de nuestros casos existía, en efecto, coprofagia, y sólo presuntivamente, por la evolución de la enfermedad y por la presencia o ausencia de los síntomas que hemos encontrado más frecuentemente en la cisticercosis, hemos podido considerar dos de ellos como verdadera cisticercosis primaria y el tercero como simple cisticercosis secundaria al trastorno mental.

Signos del L. C. R.—En uno de nuestros casos, citado al descubrir el sindrome tumoral, señalamos la particularidad de haber tenido un L. C. R. normal, a pesar de que en la intervención quirúrgica se obtuvieron numerosos parásitos. En efecto este hecho parece constituir una excepción. Por lo general y sin contar la presencia de vesículas en el líquido, éste suministra importantes datos para el diagnóstico. Las alteraciones son principalmente de tipo inflamatorio, muchas veces, del tipo de una meningitis crónica y en especial de una lúes.

Guillain, Perón y A. Thevenard insisten sobre ciertas características del L. C. R., en la cisticercosis que permitirían afirmar el diagnóstico: "Las mismas modificaciones han sido siempre establecidas: Hiperalbuminósis, reacción de Pandy positiva, linfocitosis muy acentuada, reacción de Wasermann negativa; reacción de Benjuí coloidal positiva en los 10 o 12 primeros tubos".

Agreguemos que en nuestro segundo caso, la coloración mostró la presencia de algunos polinucleares eosinófilos. La presencia de este sindrome humoral puede permitir, creemos, el diagnóstico de la cisticercosis cerebro-meníngea. En síntesis: una linfocitósis acentuada con R. W. negativa y asociada a una reacción de Benjuí positiva en los 10 primeros tubos, sería la característica serológica del mal parasitario.

Sólo la observación de los hechos permitirá confirmar la aserción de los autores franceses. Mientras tanto, en la literatura y en nuestras propias observaciones encontramos algunas en las que junto a la linfocitosis y demás alteraciones señaladas por Guillain, encontramos una reacción de Wassermann positiva y a menudo, intensamente positiva. Se trata en estos casos de un resultado sensiblemente igual al de la lúes. Además, si en algunos de nuestros casos esta reacción fué negativa, las reacciones de Kahn y Takata-Ara resultaron en cambio positivas. En nuestra observación Barvieri, la R. W. inicialmente negativa, se hizo después intensamente positiva.

Qué pensar en tales casos? Naturalmente que es muy difícil rechazar la concomitancia de una lúes que es lo primero en que se piensa. Encontramos sin embargo, esta ex-

plicación muy simplista y creemos que el asunto debe ser investigado y discutido, con tanta mayor razón cuanto que existen entre ambos procesos indudables analogías anatómicas y, a veces, clínicas.

Un dato importante es, sin duda la presencia de eosinófilos en el líquido, hecho por desgracia, no siempre presente.

Conclusiones.

Con los síntomas que hemos descritos, es posible muchas veces un diagnóstico presuntivo de la cisticercosis cerebral y se les debe tener presente para evitar frecuentes errores diagnósticos en casos por ejemplo: de ataques convulsivos seguidos de hipertensión craneana y alteraciones del L. C. R. del tipo de una meningitis o de una lúes; en cuadros dudosos de tumor, goma, o abceso cerebral; en epilepsias tardías, con o sin trastornos mentales, cuya etiología no se precisa, o en casos de confusión mental de origen poco claro.

El diagnóstico de certidumbre sólo es posible, por la comprobación de parásitos, ya sea por la palpación en la piel o músculos (que siempre nos resultó negativa) o por la radiografía en el caso de vesículas calcificadas o que den una imagen policíclica a la ventriculografía.

También a la punción lumbar pueden aparecer vesículas como en uno de nuestros casos, pero es un hecho poco frecuente.

Ayuda también al diagnóstico la existencia de eosinofilia en la sangre o en el L. C. R. y las características que en éste hemos descrito.

Sobre reacciones biológicas del tipo de la desviación del complemento o intra-dermo-reacción, propuestas por algunos autores, no tenemos experiencia.

Otro indicio para el diagnóstico puede darlo la evolución de la enfermedad, si ésta se desarrolla intermitentemente, sobre todo si es una epilepsia que así evoluciona y que se agrava súbitamente, con un cuadro de hipertensión craneana.

La muerte brusca se observa sobre todo en la cisticercosis del 4º ventrículo.

Respecto a la anatomía patológica de la cisticercosis cerebral hemos descrito las alteraciones parenquimáticas y mesenquimáticas producidas por irritación tóxica y mecánica. Habríamos deseado aclarar la patogenia de la enfermedad relacionando el cuadro clínico con la lesión anatómica, pero nuestro estudio no ha sido capaz sino de enun-

ciar el problema porque iguales lesiones suelen dar síntomas diferentes, y por otra parte, la misma sintomatología puede resultar de lesiones diversas. Hasta qué punto es la diferente localización, número o grado de desarrollo de los parásitos en el cerebro o bien la constitución del individuo lo que determina tan variados signos y síntomas, a veces paradojales, es problema que no podemos todavía resolver.

Dr. Marco A. Sepúlveda

Jefe de Laboratorio: Universidad de Chile

Los Leucorraquis

Con alguna frecuencia hemos observado en la clínica, enfermos que presentan un sindrome meníngeo y que a la punción lumbar dan un líquido céfalo-raquídeo turbio y de aspecto lechoso.

En muchos de estos casos, el examen de laboratorio nos indica que hay en el líquido alteraciones químicas bien manifiestas y que, además de contener pus, contiene también microbios. En estos casos es cuando hacemos el diagnóstico de una meningitis séptica, neumocócica, estafilocócica, etc., según el agente patógeno encontrado, concordando así, el cuadro clínico de meningitis con el cuadro del análisis de laboratorio.

Pero en otros casos está concordancia entre la clínica y el laboratorio, no existe, porque el líquido céfalo-raquídeo, a pesar de contener una enormidad de glóbulos blancos, es decir pus, no acusa alteraciones químicas ni tampoco microbios; lo que significa, que el laboratorio al hablar claramente de una disociación químico-leucocitaria, nos habla también de que no existe una meningitis verdadera. Son estos líquidos purulentos asépticos los que nos dan el diagnóstico de este sindrome meníngeo que hemos denominado leucorraquis.

La sintomatología de los enfermos con leucorraquis, sólo muy raras veces es idéntica a la de una verdadera meningitis con su conjunto clásico, completo, de signos nerviosos, mentales, vómitos, etc., se trata, más bien, en estos

casos, de un cuadro clínico de meningitis incompleto, como suele suceder en las congestiones meníngeas, en los llamados meningismos y en los hematorraquis. Y lo relacionamos muy especialmente con este último sindrome, porque en algunas ocasiones, al hacer la punción lumbar y el análisis del líquido céfalo-raquídeo de estos cuadros clínicos meníngeos incompletos, nos hemos encontrado, algunas veces con hematorraquis y otras con leucorraquis.

Un síntoma constante en los leucorraquis es la cefalalgia. Además se suelen observar trastornos oculares, rigidez de la nuca; otras veces reflejos alterados y con alguna frecuencia, alteraciones mentales, las que acompañan al paciente durante los primeros días o más en la evolución de la enfermedad. Muchos de estos enfermos sufren este sindrome sin mayores síntomas que la cefalalgia y la somnolencia. Y hasta hemos observado un paciente que la segunda mitad de su dolencia la pasaba en pié, sin fiebre, solamente se acostaba en los días de punción lumbar. En cambio otros, en casos excepcionales, han tenido un cuadro clínico alarmante y grave, muy parecido al de una verdadera meningitis, pasando varios días en estado comatoso.

La temperatura en esta enfermedad ha sido casi siempre normal o apenas por encima de 37º; sin embargo, en algunas ocasiones ha llegado a 38º.

El análisis del líquido céfalo-raquídeo en los leucorraquis nos ha dado casi siempre un resultado químico normal. La albúmina ha estado ligeramente aumentada en todos los casos, debido, únicamente, a la gran cantidad de leucocitos y variable según esta misma cantidad de pus. Los cloruros han estado casi siempre normales, muy rara vez por debajo de 7 gramos por mil. La glucosa también raras veces disminuida a 30 centígramos por mil y en casos excepcionales, cuando ha habido gran compromiso del encéfalo, la hemos visto aumentar hasta 1 gr. por mil, como sucede en las encefalitis.

Son los glóbulos blancos del líquido céfalo-raquídeo los enormemente aumentados, aumento que nos ha dado el diagnóstico del leucorraquis. El líquido céfalo-raquídeo normal contiene menos de un leucocito por milímetro cúbico. (1) Pues bien, en este sindroma los hemos visto llegar, cuando menos, a 500 por milímetro cúbico. En general, fluctúan entre 2,000 y 3,000; pero suelen llegar hasta 5,000 por mm. Estas son las grandes cantidades de glóbulos

(1) O. Fontecilla y M. A. Sepúlveda.—Le liquide cephalorachidien. —A. Maloine et fils, ed.—París 1921.

blancos que constituyen el pus, pero el pus aséptico de los leucorraquis. Y decimos aséptico con la certidumbre que nos da el resultado siempre negativo de las mas rigorosas investigaciones bacteriológicas.

La fórmula leucocitaria y las reacciones coloidales, como en todos los análisis del líquido céfalo-raquídeo normal o patológico, nada agregan aquí en ayuda del valor diagnóstico para la clínica.

Las reacciones serológicas de Wassermann, de Kahn, de Widal, etc., en todos los casos han sido negativas.

Por lo que respecta a la etiología de los leucorraquis, vamos a exponer aquí todo lo que nos ha sugerido la experiencia clínica con la ayuda del laboratorio.

En algunos casos de leucorraquis, cuando la enfermedad ha evolucionado con cerca de 38º y no hemos encontrado en el líquido céfalo-raquídeo bacterios de ninguna especie, hemos llegado a pensar en que un virus filtrable pudiera ser la causa de estas grandes leucocitosis aparentemente asépticas y tendríamos entonces, una causa infecciosa. Pero estos casos han sido tan discretamente febriles, en los que la fiebre sólo ha acompañado los primeros días de la enfermedad, es decir cuando las primeras punciones lumbares no han eliminado todavía las grandes porciones de pus, que lo más probable es que se trata aquí, de una fiebre por reabsorción y nó infecciosa.

Por todas estas consideraciones, hemos pensado más bien, en que la causa se debe a substancias tóxicas, ya sean éstas de naturaleza química microbiana o de naturaleza química nó microbiana, orgánica o inorgánica. Y fundamos esta hipótesis en que tres de nuestros casos han sido observados en eclámpticas gravídicas. Sabemos que la eclampsia en las embarazadas no es causada por agentes microbianos, sino por substancias químicas tóxicas de naturaleza no microbiana. Tenemos, en consecuencia, que estos casos hablan en forma irrefutable de la etiología puramente tóxica de los leucorraquis.

Las afecciones gripales prolongadas, intensas, altamente febriles y que son causadas por gérmenes que elaboran productos químicos muy tóxicos, terminan en una convalescencia larga y penosa. Pues bien, muchos de nuestros casos observados han correspondido a estos convalescientes durante la eliminación de estas substancias químico-tóxicas de naturaleza microbiana.

Para nosotros, son las substancias tóxicas las que se localizan en el encéfalo, muy vecinas a las meninges, provocando en estas envolturas cerebrales congestiones y tu-

mefacciones tan intensas, y a veces tan extensas, que originan estas grandes leucocitosis del líquido céfalo-raquídeo.

El pronóstico de los leucorraquis es benigno. A pesar del cuadro alarmante y a veces grave que han presentado los enfermos, todos han terminado con la curación. Sin embargo, de los 15 casos que hemos observado en el curso de doce años, dos han muerto aunque nó por su leucorraquis. En uno de estos casos de muerte, cuando el paciente ya tenía su líquido céfalo-raquídeo normal, le sobrevino una neumonia. En el otro caso se trataba de una eclámptica gravídica a la cual le sobrevino una séptico-piohemia consecutiva a la operación cesárea que se le practicó para interrumpirle el embarazo. El mismo día en que su líquido se había hecho normal, comenzó la fiebre de la infección uterina. (1).

Los leucorraquis no dejan secuelas de ninguna especie. Todos los enfermos que hemos observado algunos años después de su curación, viven normalmente.

La anatomía patológica, debido a que los enfermos sanan de su leucorraquis, no tiene gran experiencia al respecto. Sin embargo, en el caso de muerte de la eclámptica gravídica, al cual nos hemos referido, se hizo la autopsia y muy prolija de las meninjes, encontrándoselas perfectamente sanas. Este es el único caso con autopsia de nuestras observaciones, cuyo texto íntegro figura, junto a la observación clínica, en el Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, N.o 7.

El tratamiento de los leucorraquis, como en los hematorraquis, consiste en hacer punciones lumbares repetidas cada 2 o 3 días, o bien, diariamente, si el caso lo requiere. Estas punciones lumbares nos dan la pauta del proceso meníngeo, porque podemos ver cómo van disminuyendo los leucocitos de una a otra punción hasta obtener un líquido céfalo-raquídeo normal.

La evolución de la enfermedad, es generalmente corta, de 8 a 12 días; sin embargo hemos observado casos que han demorado casi un mes para llegar a dar un líquido normal, con alternativas de alzas y de bajas en la cantidad de leucocitos. Naturalmente que la evolución de la enfermedad depende de la duración del tóxico en el organismo. Para nosotros, dada la corta duración del sindrome, el tóxico actúa enérgicamente una sola vez provocando estas gran-

(1) Boletín de la Soc. Chil. de Obstetricia y Ginecología. N.° 7.—1936. —En cuyo número figuran dos observaciones de eclámpticas gravídicas con leucorraquis

des leucocitosis que van desapareciendo gradualmente, en general después de 4, 5 o 6 punciones lumbares. Muy raras veces se produce una segunda o tercera acción vulnerante del tóxico que se manifiesta por las regresiones de la gran leucocitosis. Es por estos motivos que desde un comienzo es necesario instituir una terapéutica desintoxicante lo más rigurosa posible.

Los leucorraquis podrían confundirse, dado el idéntico análisis del líquido céfalo-raquídeo, con los abcesos cerebrales de pus aséptico que suelen drenarse espontáneamente hacia el raquis; pero en los abcesos, algunos signos clínicos y sobre todo el pronóstico, son diversos.

Resumiendo todo lo que hemos expuesto, podemos terminar diciendo:

El leurorraquis es un síndrome meníngeo caracterizado por la presencia de pus aséptico en el líquido céfalo-raquídeo, sin constituir una meningitis; el leucorraquis es fácilmente diagnosticable por medio del examen químico, citológico, bacteriológico y serológico del líquido céfalo-raquídeo; la etiología de los leucorraquis es siempre un tóxico de naturaleza puramente química, el cual puede ser de origen microbiano o nó microbiano; el leucorraquis es, relativamente, de corta duración y termina con la curación del enfermo.

TEMAS DE PSIQUIATRIA:

Demencia sifilítica.—PROF. GONZALO BOSCH Y DR. ERNESTO ANDÍA.

Aspectos de la personalidad del escolar limeño a través del test de Rorschach.—DR. ESTEBAN HIDALGO.

El absceso de fijación en los enfermos mentales.—DR. CELSO JARRÍN.

Neurosis del climaterio—DRS. VÍCTOR ARROYO, HUMBERTO ROJAS TRONCOSO Y CARLOS SOTO RENGIFO.

Neurosis y su tratamiento.—PROF. GONZALO BOSCH Y DR. CARLOS R. PEREYRA.

Varicocele y neurosis.—PROF. ANTONIO SICCO.

Locuras miásicas a delirio polimorfo y ambulatorio. Sus consecuencias legales.—DR. ABELARDO IBÁÑEZ.

Relación entre los grupos sanguíneos y los tipos étnicos en los enfermos mentales.—DRS. BALTAZAR CARAVEDO Y CARLOS GUTIÉRREZ NORIEGA.

Los grupos sanguíneos en las diversas formas de la alienación mental.—DR. JORGE AVENDAÑO.

Relación entre la constitución y los grupos sanguíneos en los enfermos mentales.—DRS. BALTAZAR CARAVEDO Y CARLOS GUTIÉRREZ NORIEGA.

Un caso de parálisis general senil.—PROF. J. O. TRELLES Y DR. MARIO MÉNDEZ.

La vista en la apreciación de pesos.— PROF. JORGE NICOLAI.

Lucha contra las toxicomanías.—DR. SEBASTIÁN LORENTE.

La Reacción de Takata-Ara en el líquido céfalo-raquídeo de los enfermos mentales.—DR. LORENZO GLASINOVIC.

Folklore médico peruano.—PROF. JUAN B. LASTRES.

La constitución en la norma anterior de la cabeza.—DRS. JUVENAL BARRIENTOS Y EDGARDO SCHIRMER.

Prof. Gonzalo Bosch y

Dr. Ernesto Andía

Hospicio de las Mercedes
(Buenos Aires)

Demencia sifilítica

La demencia sifilítica infantil (enfermedad de Marphan) constituye una entidad nosológica perfectamente diferenciada e indiscutible; pero la Demencia Sifilítica en el adulto representa un problema clínico y anátomo-patológico no bien determinado. Sabemos que la demencia paralítica (P. G. P.), está condicionada por una meningo-encefalitis difusa y que la sífilis cerebral responde a una vascularitis cortical debido a la propagación de la infección sifilítica.

Si anátomo-patológicamente existe una diferencia típica, también la existe, clinicamente desde su aspecto psiquiátrico.

Transcribimos a continuación la distinción sintomatológica que advierte L. Neuberger:

DEMENCIA SIFILITICA	PARALISIS GENERAL
I.—SINTOMAS FISICOS	
Ictus, parálisis durables, oftalmoplejias; afasia; epilepsia Jacksoniana, etc.;	Parálisis y paresias transitorias.
Vértigos, cefalalgia occipital (nocturna).	No hay cefaleas.
La disartria no existe nunca en la demencia sifilítica.	Disartria (signo fundamental).

II.—SINTOMAS PSIQUICOS

Debilitación psíquica esencial, pudiendo ser respetados el juicio, la autocrítica, el sentido moral y la actividad afectiva.	Demencia global (masiva, progresiva).
La memoria afectada en forma lacunaria (ictus amnésicos) que el sujeto suple con la fabulación.	La memoria afectada en forma dispersa y globalmente que trata de suplir con su imaginación empobrecida de absurdas concepciones.
Dificultad en la asociación de las ideas motivadas por sus dismnesias.	Realiza su asociación de ideas por contigüidad y no por lógica, sus ideas se suceden por encadenamiento.
Conserva su orientación, la coherencia y la noción de su personalidad.	Desorientado, despersonalizado e incoherente.
Consciente de su inferioridad sufre de una inquietud emocional; sensiblería, y exterioriza la expresión común de los dementes orgánicos.	Indiferente a su problema mórbido, eufórico, pueril.

III.—SIGNOS BIOLOGICOS

Reacciones coloidales del L. C. R. serían negativas, a veces inconstantes.	Las reacciones son siempre positivas.

IV.—SIGNOS EVOLUTIVOS

Evoluciona por poussées; a veces con ictus intercurrentes; o a la manera de bouffés tóxicos (obnubilación mental, onirismo, crisis de ansiedad, etc.	Marcha lenta progresiva, ineluctable (lesiones difusas, diseminadas, irreparables.
Escasas reacciones (impulsos, raptus melancólicos, etc.	Posibilidad de remisiones clínicas.

L. D. S. puede quedar estacionaria y hasta remitir temporariamente ante la acción benéfica del tratamiento específico.

Reacciones anti - sociales, precoces, inopinadas, escandalosas.

La terminación suele ser fatal y se anuncia por la caquexia, cuando no la motiva una de las frecuentes complicaciones.

Transcribimos a continuación la historia clínica del caso que motiva esta publicación.

Francisco C.—Italiano; de 51 años, casado, empleado.

Ingresó el 30 de Noviembre de 1927.

Alta, mejorado el 16 de Diciembre de 1927.

Reingresó el 4 de Setiembre de 1934.

Enviado a la Colonia el 26 de Enero de 1935.

Traído de la Colonia el 23 de Marzo de 1935.

Fallecido el 17 de Julio de 1935.

Antecedentes hereditarios y familiares, se ignoran.

Antecedentes personales: a los 23 años chancro sifilítico. Análisis primeros confirmaron la naturaleza específica de la infección con reacciones de Wassermann en sangre positivas. Desde entonces hasta la fecha se trata en forma intermitente e irregular. Gran fumador. Abstemio. Durante el período de alta se comportó adaptado al ambiente pero en un estado de continua subexcitación psicomotriz.

Estado actual: (Enero de 1935). Evoluciona con la exteriorización de un delirio persecutorio mal organizado. Mecanismo de fondo ideativo, incoherente. Logorrea. Excitación y agresividad al ingreso.

Examen psíquico. — Orientación autopsíquica, deficiente, desorientación en el tiempo y en el espacio. Conciencia de situación perturbada. Atención fatigable, memoria debilitada (alteraciones lacunares). Asociación de ideas: lenta y dificultosa (bradipsiquia) de mecanismo incoherente. Afectividad aparentemente poco debilitada; actividad debilitada (apatía e hipobulia); Autocrítica inconveniente. Exterioriza ideas delirantes, depresivas, mal enlazadas, que intenta por momentos rectificar.

5 de Octubre de 1934.—Se inicia tratamiento específico.

23 de Noviembre de 1934.—Aparenta ligera mejoría dentro del marco de su síndrome demencial. Se advierte una discreta conducta externa con aparente nivelación de su ética. Solicita colaborar en los trabajos de sala. Se muestra quejoso de su enfermedad y se le sorprende en crisis de angustia, pueriles. Impresiona como un dismnésico y exterioriza un cierto grado de incoherencia. Ha mejorado su orien-

tación en tiempo y lugar y en la actualidad se halla con buena orientación autopsíquica y conciencia de situación.

26 de Noviembre de 1934.—Después de ser enviado al taller de escobería, es devuelto por el jefe del mismo, por su falta de capacidad para el trabajo y la abulia que demuestra.

22 de Enero de 1935.—Insultado de palabra por un asilado, a quien agredió, fué a la vez traumatizado en la pierna izquierda. Este incidente determinó la renovación o mejor dicho la exaltación de su síndrome delirante al identificar en él "Un sujeto a las órdenes de la mafia y de la lista negra", se torna logorreico y excitable, lo cual destaca el grado de su incoherencia.

26 de Marzo de 1935.—Se advierte un retroceso en su estado general psicosomático; presenta un síndrome subconfusional, onirismo, crisis de excitación, impulsividad y marcado déficit global de sus aptitudes mentales (síndrome confuso demencial).

17 de Julio de 1935.—Fallece por estallido del aneurisma de la aorta (con inundación de la cavidad pericárdica).

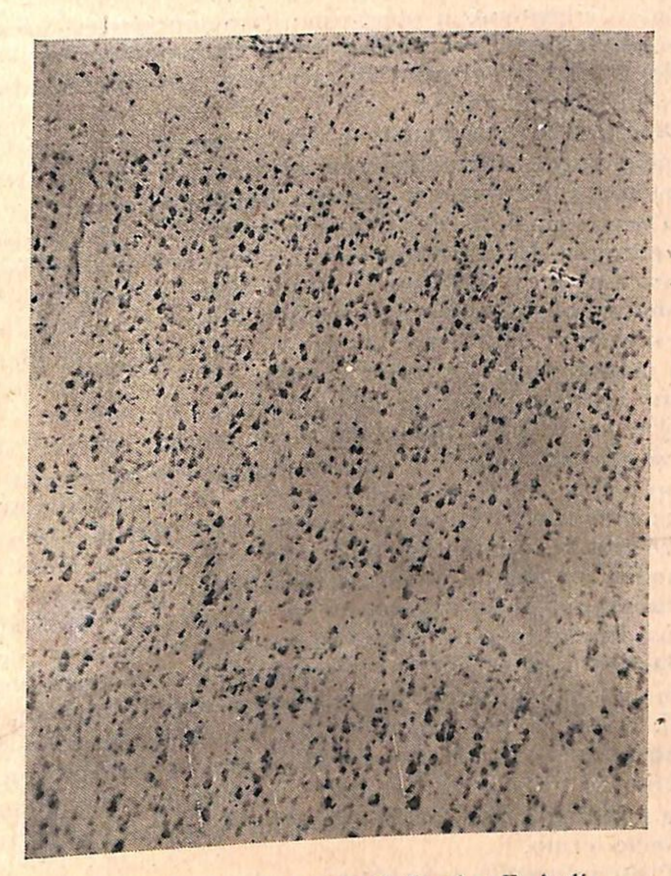
Wassermann en sangre (Nro. 15088). Negativa.
Wassermann en L. C. R. (Nro. 15118). Negativa.
Nonne Appelt; Pandy; Weichbrodt: Negativas.
R. de Lange: 010000000000.
Porcentaje de albúmina (Nissl) 0,10 gr. o/oo.
Número de células: 3,20 por mm. 3.

Protocolo de autopsia Nro. 17640.

Pericardio: se observa la cavidad ocupada por coágulos recientes que cubren la cara anterior del corazón y el cayado aórtico en su origen.—Corazón: cor bovis; sobrecarga adiposa, dilatación de las cavidades ventriculares a predominio izquierdo, válvulas sigmoideas aórticas arterio-esclerosas, miocarditis grasa y proliferación conjuntiva intersticial incipiente.—Aorta dilatada en especial en la porción ascendente (aneurisma) donde se observa una solución de continuidad de toda la pared de uno y medio centímetros de longitud, ojal que motivó la hemorragia pericárdica letal, arterioesclerosis con placas de ateroma en diversos períodos de evolución.—Pulmones: enfisema generalizado; neumoconiosis; bronquitis mucopurulenta de los bronquios grandes y mediano.—Riñones: Glomerulonefritis.—Bazo: esplenomegalia mediana y esplenitis.—Hígado grande con degeneración grasa, perihepatitis. Estómago: gastritis crónica atrófica.

Autopsia de cerebro y examen histopatológico.—Edema meníngeo discreto. Muy escasa atrofia de las circunvoluciones frontales. Arterias de la base, fibrosas.

Al corte. Ventrículos de tamaño natural. No se observa demarcación. Escasos puntos vasculares en corteza. Núcleos de la base nada de particular. No hay ependimitis granulosa de cuarto ventrículo.



Demencia sifilítica.—Drs. G. Bosch y E. Andía

Cerebelo.—Protuberancia y bulbo nada de particular.

Histopatológico, con el método de Nissl. Se hacen coloraciones de corteza frontal, rolándica y cerebelosa.

En la leptomeninge se observan en algunos tramos infiltrados poco intensos, formados por linfocitos. No se observan plasmatzellen. En la corteza los vasos están libres de todo infiltrado.

La arquitectura cortical se mantiene en sus grandes líneas, aunque existen zonas con evidente desorganización y otras en que existe un estado lacunario esbozado.

Las células nerviosas que más han sufrido corresponden a las capas intermedias donde hay rarefacción, esclerosis y restos celulares.

Existe escasa reacción neurológica y se observan células en bastoncito en reducido número.

En el cerebelo no se observan alteraciones patológicas, ni en las células de Purkinje, ni en la capa molecular.

No hay reacción neurológica y se observan escasos infiltrados en la meninge.

Diagnóstico anatómico. — Del examen histopatológico efectuado puede afirmarse que se trata de un proceso de evolución crónica que ha afectado fundamentalmente el elemento ectodermal, es decir la célula nerviosa de la corteza y la neuroglia. La naturaleza de las lesiones es de difícil determinación pues corresponde a un tipo de esclerosis celular como se observa comunmente en los procesos toxi-infecciosos de larga data. La meninge también ha participado en cierta manera en el proceso, pues existen en ciertos tramos algunos infiltrados a base de linfocitos.

Que no se trata de la Parálisis general es fácil asegurarlo por la ausencia total de infiltrados en la corteza, aunque no puede negarse que no se trate de **neurosífilis atípica.** A este respecto recordamos que Klarfeld en el tratado de Bumke cita la opinión de Alzheimer y Jakob de Hamburgo, los cuales consideran que en ciertos casos de alteración grave celular deben entrar en juego factores indudablemente tóxicos. En un caso de Jakob se encontraron graves y extensas degeneraciones de los elementos nerviosos sin infiltración ni alteraciones vasculares en el curso de una sífilis cerebral. Klarfeld dice "aquí resulta difícil pensar en otra cosa que no sea una alteración de origen tóxico que en tales casos no se trata de P. G., es fácil demostrarlo y solamente queda una hipótesis; que la sífilis haya atacado primeramente el ectodermo.

Prescindiremos de analizar y discutir el caso transcripto, demasiado claro de por sí, evitando el esquilmar minucias en favor de un concepto global claro y didáctico de orientación diagnóstica para las psicopatías sifilíticas. Transcribimos a continuación de Regis, la clasificación que intentó W. R. Dawnson:

PSICOSIS DE LA SIFILIS PRECOZ (Período primario y secundario).—1º. Psicosis tóxica aguda, análoga al delirio o a la manía alcohólica. 2º. Melancolía, con o sin demencia, debida probablemente a la anemia cerebral,

II.—Psicosis de la sífilis tardía (Período terciario).—1º. Psicosis debida a una lesión sifilítica de la base y de los vasos. 2.º Psicosis debida a una lesión de la convexidad.

III.—PSICOSIS METASIFILITICAS (Para-sifilíticas).—1.º Psicosis de la tabes; 2.º Parálisis general de los alienados. Regis por su parte toma en consideración, las psicosis del período secundario (y los tipos). 1º. Confusión mental estúpida, pseudo demencial; 2º. Confusión mental alucinatoria, con delirio onírico y agitación; 3º. Confusión mental con ansiedad melancólica. 4º. Delirio agudo; **las psicosis del período terciario** (de acuerdo a los conceptos diagnósticos de Potowsky) y las psicosis heredo-sifilíticas.

La simple lectura de estas pretendidas clasificaciones demuestra cuán artificiosa y ambigua es su estructura, desde el momento que se han confeccionado en los albores de la psiquiatría científica, fundamentadas en una observación muy personal y sin el contralor de la semiología biológica, ni la anatomía patológica.

Contemporáneamente Stainer haçe la siguiente clasificación de las formas de las sífilis terciaria del sistema nervioso: MENINGITICA. Subformas: meningitis de la convexidad; aracnoiditis quiasmática. Compresiva (por goma); HEMIPLEGICA (por procesos arteríticos, subforma sífilis apoplética de Kraepelin, EPILEPTOIDEA, Sintomática y **Psicótica.**

En sus líneas generales la precedente clasificación de Steiner es correcta y precisa.

Las obras modernas (O. Bumke), tratan variadas formas clínicas bien determinadas como ser: neurastenia sifilítica; paratimias hipocondríacas en los sifilíticos: psicosis, locura maníaco depresiva, alucinosis, parafrenia, esquizofrenias, etc.; demencia sifilítica no paralítica y demencia paralítica (P. G. P.).

Por nuestra parte nos hemos aventurado a delinear una clasificación de las enfermedades mentales de etiología sifilítica que a continuación transcribimos:

1.º—Depresión sifilítica (heredo-luéticos)	**heredo-sifilíticos.**
2.º—**Neurastenia sifilítica** (hiper-emotivos con infección reciente.	**sifilíticos iniciales.**
3.º—**Confusión mental sifilítica** (infección hipertóxica, período secundario).	**sifilíticos evolutivos.**

4.º—**Delirio uniforme** (infección acantonada período terciario).	**sifilíticos negativos.**
5.º—**Delirio residual** (en los P. G. P. tratados).	**sifilíticos detenidos.**
6.º—**PSICOSIS SIFILITICA.** Donde la sífilis es el factor realizador de la constitución psicosomática.	ciclotímica excitación psicomotriz depresión psicomotriz confusional — **sifilíticos episódicos** epileptoide esquizoide paranoide, etc.
7.º **Demencia.**—	sifilítica (sífilis más lesiones cardiovasculares) paralítica (sífilis más desmielinización) — **Orgánicos**

Respondiendo al intitulado del presente trabajo, nos dedicaremos ahora a advertir una sintomatología diferencial entre la D. S. y la D. P., conforme a nuestra experiencia personal, que, naturalmente no responde al caso aislado que presentamos, sino a varios otros que no transcribimos por no tener el privilegio de poder hacerlo con documentación anatomapatológica desde el momento que algunos viven aún y otros han sido retirados por sus familiares en calidad de mejorados.

Demencia Sifilítica:	**Demencia Paralítica:**
Edad: 45 a 60 años.	Edad adulta de preferencia, también puberal.
Antecedentes heredo-luéticos.	Antecedentes heredo-artríticos.
Iniciación insidiosa difícil de demarcar.	Iniciación neurasteniforme, por lo general o respondiendo a determinado síndrome de acuerdo a su constitución psicosomática.
Evolución lenta con etapas de estacionamiento.	Evolución rápida con etapas de reagudización.
Adaptable al medio familiar y social.	INADAPTABLE, ANTISOCIAL.
Hipobúlico,	Frecuente excitado,

Amnesia lacunaria que afecta parcialmente la memoria de fijación. Dimmnesia.	Memoria afectada globalmente en forma dispersa.
Orientado con noción aproximada de su personalidad.	Desorientación, despersonalizado.
Bradipsiquia (dificultad en el ritmo asociativo por su dismnesia).	Frecuente taquipsiquia que revela su marcada incoherencia.
Aparente mecanismo de incoherencia (motivado por la dismnesia).	Incoherencia.
Episodios delirantes de tipo persecutorio que remiten fácilmente.	Juicio profundamente perturbado. Delirio incoherente (especialmente delirios de tipo expansivo).
Conciencia debilitada, pero que le permite tener noción de su estado de inferioridad, inquietud emocional, sensiblería.	Indiferente a su problema mórbido, eufórico, pueril (conciencia obnubilada, autocrítica perturbada).
Sin síntomas paralíticos ni focales.	Parálisis y paresias transitorias.
Sin síntomas de desmielinización.	Sintomatología neurológica por desmielinización: **Disartria** (Ch. Jakob); **Alteraciones pupilares** (R. Orlando y B. Moyano); temblores linguales, peribucales y palpebrales, etc.
Predominio marcado de lesiones cardio - vasculares valvulares y aórtica especialmente.	Lesiones cardio-vasculares de escasa importancia.
Reacciones bio-químicas negativas o positivas dudosas e inconstantes.	Reacciones bioquímicas positivas, curvas típicas.
Tratamiento específico beneficioso.	Tratamiento específico perjudicial.
Tratamiento de elección específico (la malarioterapia está contraindicada por las graves lesiones cardio-vasculares.	Tratamiento de elección malárico y específico.
Puede estacionarse y hasta remitir temporariamente ante la acción eficaz del tra-	Puede estacionarse y hasta remitir **definitivamente** (curación clínica) ante

tamiento.	la acción combinada de la malarioterapia y del tratamiento específico post-malárico.
Terminación por el avance de las lesiones cardio-vasculares. Frecuente complicación pulmonar o renal.	Terminación marasmática. Frecuentes complicaciones. Pleuresía purulenta; estallido de vejiga; fracturas espontáneas; gatismo, etc.

Podrá llamar la atención el que la sintomatología diferencial que acabamos de desarrollar difiera en mucho con la reunida por L. Neuberger, pero ello se debe a un error de concepto en que caen muchos autores. La mayoría de ellos pretenden considerar como demencia sifilítica algunas de las demencias orgánicas (por tumores, reblandecimientos, hemorragias) con antecedentes sifilíticos o las formas de las sífilis terciaria del cerebro que coinciden con una demencia o la determinan no por infección sifilítica, sino secundariamente por el trastorno orgánico de otra naturaleza que ella provoca.

Las demencias que siguen a una meningitis sifilíticas, serían demencias post-encefalíticas y no demencias sifilíticas. El debilitamiento psíquico que se ha dado en considerar erróneamente como demencia parcial, en los afásicos (reblandecimiento por arteritis) sifilíticas, no puede ser considerado como demencia sifilítica sino como demencia orgánica. La misma demencia paralítica P. G. P., es en realidad una demencia encefalítica, (gomas miliares, meningo-encefalitis difusa, ependimitis, etc.), es decir crónica, como en realidad lo son todas las demencias, pero con la presencia de la espiroqueta pálida en la corteza lo cual la diferencia de todas las demás.

En cambio la demencia sifilítica, que también es orgánica (vascularitis cortical, déficit circulatorio, edema, etc.) no da más lesión somática (ligera atrofia cortical, proliferación discreta de la neuroglia, etc.) que la motivada por el déficit circulatorio a que lleva la vascularitis sifilítica.

De ahí que tenga más una sintomatología psiquiátrica que neurológica como fundamentalmente se favorecen las demás. Y de ahí también que sea tan delicado el diferenciarla con precisión.

Sin embargo según nuestro modesto parecer, el diagnóstico diferencial no puede presentar dificultades de ninguna naturaleza si nos atenemos cuidadosamente a los detalles sintomatológicos anotados precedentemente,

Dr. Esteban Hidalgo Santillán

(De Lima)

Aspectos de la personalidad del escolar limeño a través del test de Rorschach

La original adaptación del test de las manchas de tinta hecha por el eminente psiquiatra, Hermann Rorschach, ha renovado el interés por aplicar este método de investigación, cuya excelencia radica en su creciente novedad, que libra a la prueba de caer en el automatismo, tan criticado; en su ingeniosidad e integralidad, pues, sirve para explorar las múltiples facetas de la personalidad individual y en sus distintas edades, ora se trate de normales, ora de anormales, etc.

El contacto que guardo con los niños desde hace seis años me ha facilitado tomar las pruebas, ya que esta operación reclama apoyo oficial de una parte y, de otro lado, rodea al examinado de ambiente de serenidad y de confianza a fin de que, produciéndose con espontaneidad, el examen refleje su personalidad, sin enmarañamiento ni barniz alguno.

El test se ha aplicado, tomando al azar, a niños de las escuelas fiscales de esta capital, provenientes de medios populares, y a menudo huérfanos, vagos o abandonados, asilados en el "Hogar Infantil", lo que ha permitido examinar en total 180 sujetos, comprendidos entre los 10 a 12 años (edad cronológica) y pertenecientes a distintos grados de instrucción primaria.

La interpretación de los resultados, según las indicaciones de Rorschach, debe hacerse desde 4 puntos de vista:

1) Por el modo de percepción; 2) Por su cualidad; 3) Por su contenido y 4) Por su originalidad o banalidad.

LOS MODOS DE PERCEPCION.—La precepción dominante en nuestros niños es la del detalle (D) y pequeño detalle (Dd), las cuales indican tipos de inteligencia de sentido concreto y práctico. No obstante, a medida que aumenta la edad y el bagaje intelectual del examinado es superior, ha crecido el número de interpretaciones globales (G), que demuestra la tendencia a la generalización y al pensamiento abstracto é imaginativo. Raros son los examinados que han presentado un órden riguroso de sucesión perceptiva, G-D-Dd. yendo de lo global a la parte, lo que significaría inteligencia disciplinada, en cambio, han realizado frecuentemente el proceso sintético de ir de la parte a la construcción de la figura total, lo que revela índice de capacidad para elevarse de lo concreto a lo abstracto. Vale hacer constar que la calidad del test influye en el modo de percepción, en muchos casos; así las primeras manchas se prestan más a dar respuestas globales, concentran mejor la atención, mientras que le penúltima y décima son proclives a insinuar al pequeño detalle.

Los niños asilados han dado numerosos pequeños detalles, vale decir, detalles infantiles, acusando inteligencias poco diferenciadas, con facultades de abstracción y combinación bastante limitadas.

Hemos encontrado 50 detalles blancos (Dbl), o sean las respuestas que el examinado dá observando las partes blancas del test, y que traslucen la tendencia a la oposición en el sujeto, que las vierte, esta tendencia a la oposición aumenta con la edad. Es difícil calificar los "detalles oligofrénicos", que según Rorschach se dá, "cuando el operado no vé más que una parte del cuerpo donde el sujeto normal vé un todo". Teniendo en cuenta esta norma hemos llegado a calificar 11 (once) detalles de esta naturaleza (Do), que caracterizan a los débiles de espíritu. El porcentaje de Dbl y Do en lo sniños externos y en los asilados es casi constante indicándonos que que en esta faz las características de ambas clases de niños, corren parejas. Las percepciones del claro-obscuro (C10) han llegado a 58, aumenta en los reclusos, si se atiende a su número. Estas impresiones del claro-obscuro son de dos clases: intelectuales y auténticas. Abundan las C10 intelectuales, que son de origen puramente racional y prueban la medida intelectual del sujeto. En cambio, son inferiores en número los C10 auténticos, que a su vez se distinguen en: los C10 detallados (FC10) en que la forma predomina, denotando actividad desenvuelta, ex-

traversión, así como una adaptación sutil y que en nuestros examinados se observa en algunos casos; asimismo hemos comprobado la existencia de algunos C10 difusos (C10F) en los que por lo regular el determinante de la forma desaparece. En los niños del "Hogar Infantil" hemos hallado 5 C10 difusos, que al decir de Binder, rozan con las disposiciones centrales de la personalidad, la sensibilidad y el humor, siendo raros en los sujetos normales, y caracterizando más bien los casos de psicopatía constitucional o disforia constante. La circunstancia de que dos niños no señalaban con certeza las partes del cuerpo que indicaban acusa, a nuestro entender, anomalías de la percepción.

2.—LA CUALIDAD DE LAS INTERPRETACIONES.—Nuestros escolares acusan apreciable porcentaje de formas buenas (F % -|-), reveladoras de la precisión del pensamiento, de la regularidad de los procesos asociativos, pues, han sido raros los sujetos en que el porcentaje de formas malas o negativas F — haya llegado a igualar al de F -|-, porcentaje negativo que indica fatiga, huída de las ideas y debilidad mental. El porcentaje de formas buenas se mantiene constante a través de las diversas edades, medios y razas. En muchos casos es difícil encontrar precisión en las formas porque a menudo el niño puede ver algo que el adulto no vé, o verlo de distinta manera.

Las interpretaciones kinestésicas, que se producen cuando el sujeto vé algo en movimiento, han sido expresadas en numerosas pruebas, revelando tendencias introvertidas. Al propio tiempo hemos anotado numerosas pequeñas kinestesias (Kd), que se producen cuando el examinado vé sólo parte de la mancha en movimiento, relievando así una estructura interior del yo bastante conformada.

Las interpretaciones del color (C) han sobrepasado en conjunto a las kinestésicas (K) poniendo de manifiesto el predominio de las tendencias extravertidas en la personalidad de nuestros escolares. El choque cromático, indicador de la nerviosidad en el examinado, se ha presentado una que otra vez. Las respuestas Forma-color (FC), que traslucen la afectividad adaptada o al menos que busca adaptarse, son más numerosas que las CF, en las que el sujeto enuncia primero el color y luego la forma, reflejando afectividades inestables. Las respuestas C (color simplemente) han sido rarísimas, lo cual indica en nuestros niños la aparición de frenos inhibitorios con la consiguiente disminución de la impulsividad.

3.—EL CONTENIDO DE LAS INTERPRETACIONES.—Las interpretaciones de animales acusan porcentaje apreciable, demostrando la capacidad intelectiva de nuestros escolares. Vale hacer constar que las manchas V y VIII se prestan para promover estos contenidos y cuando el sujeto se aparta de ellos revela espíritu soñador. Además el A% elevado indica sentido práctico, lo cual se eleva con la edad. Ha habido un niño cuyo contenido de sus interpretaciones ha sido en forma constante "la lechuza", de lo cual infiérese que alguna vez sufrió fuerte impresión de parte de este animal. Asimismo, han habido interpretaciones de figuras de hombres (mancha III), partes de hombres, plantas, mapas, todas ellas indicadoras del practicismo anotado.

4.—LA ORIGINALIDAD O BANALIDAD DE LAS INTERPRETACIONES.—Muy raros son nuestros escolares que dan interpretaciones originales. Casi todas responden a la calidad que Rorschach denomina "banales" (b) porque se repitan cada 3 examinados denotando la participación, en grado apreciable, de nuestros sujetos al pensamiento colectivo, así como la adaptación intelectual al medio en que viven. Desde luego que la originalidad o banalidad dependen de la cultura intelectual del sujeto, del medio ambiente en que vive el escolar, de la raza, etc., cuestiones que rebasan las fronteras de esta investigación y que no obstante su primordial importancia nos vemos urgidos a mantenerlas al márgen.

VALOR CARACTEROLOGICO DEL TEST DE RORSCHACH.—El test, que hemos aplicado, no solamente explora la percepción, la inteligencia, sino también, principalmente, la afectividad y voluntad todo lo cual determina la orientación general de la personalidad, que hay que valorizarla teniendo en consideración el aporte de los factores cromáticos y kinestésicos. Según esto distínguense dos tipos de carácter esenciales :el Introvertido y el Extravertido. En el primero predominan las kinestesias, acusan inteligencia diferenciada, espíritu productivo, intensa vida interior, afectividad estabilizada, débil facultad de adaptación; mientras que en el extravertido, que se manifiesta por la abundancia de las interpretaciones color, acusan tendencia a relacionarse con la vida exterior, dinamismo, espíritu reproductivo, afectividad débil y gran facultad de adaptación.

Al hacer el examen de nuestros escolares hemos anotaro que los extravertidos sobrepasan en número a los introvertidos. Aunque cabe hacer una observación importante en el sentido que estos caracteres no se dan puros y por esa razón nuestras afirmaciones se basan en el dato aproxi-

mativo, vale decir, en el predominio de una u otra disposición.

Rorschach considera además otros dos tipos psicológicos: el "coactado", que se caracteriza por la abundancia de interpretaciones formales significativas de refinamiento lógico y el "equilibrado", que se caracteriza porque en él se dan en número igual las kinestesias y las cromestesias denunciando poder productivo y reproductivo a la vez. Por fortuna estos tipos no escasean entre nuestros escolares examinados aunque en número escaso y muy inferior a los extravertidos.

Merece especial atención consignar el caso de las respuestas negativas. Once de nuestros sujetos han dado más del 50% de respuestas negativas, dos de ellos de raza negra, uno de 12 años que cursaba el tercer año de primaria con gran retraso pedagógico; 38 niños han presentado menos del 50% de negaciones; 18, lo han hecho rara vez; 1 en forma intencional. Las negaciones en los primeros pueden significar ora fuerte oposición, ora síntomas neuropáticos, ora poderosa inhibición del pensamiento pero en ningún caso pueden ser índice de normalidad. Otras veces son producto de falta de conocimiento, indiferencia ante el examen, aversión hacia el examinante, distracción, falta de respeto al investigador, todos ellos casos interesantes que se presentan por lo regular en los niños de menor edad.

Cuatro o cinco casos hemos encontrado de precocidad sexual excesiva, en niños de 11 años caracterizándose la casi totalidad de las respuestas por referencias a los órganos genitales femeninos y masculinos, así como a actos de coito. Los sujetos al principio se mostraban tímidos y recelosos, pero ante la confianza despertada por el examinador no vacilaban producirse francamente. Otros disfrazaban esta clase de respuestas. Algunos confesaban arrepentidos que no eran malcriados. En los adolescentes abundan estas respuestas especialmente ante la presencia de la mancha II. Hemos podido comprobar que simultáneamente a las manifestaciones del instinto sexual se vuelve el niño algo introvertido, quizá convendría añadir retraído, pues, no otra cosa significa la abundancia de kinestesias al mismo tiempo que se enerva la precisión del pensamiento.

El término medio de las respuestas ha sido de 30. Los examinados que han respondido demasiado tienen la desventaja de que sus respuestas carecen de originalidad, precisión, en muchos casos, son, por lo regular, tipos amantes a la verborrea. A veces responde el examinado al azar y sólo por salvar el compromiso. No faltan sujetos que ocul-

tan al examinador todo lo que deben decir ya por ignorancia o por temor.

En cuanto al promedio de duración de cada examen se estima en 30', muchos han salido en menos tiempo; otros, en cambio, han demorado más de media hora. En lo que respecta a la racialidad, la mayoría son mestizos, siguiendo en número los zambos, blancos, negros, etc.

Como casos curiosos, cítanse entre los niños asilados los siguientes: uno de 10 años demostró exaltación sexual exteriorizando palabras que el mismo no las comprendía. Otro, proveniente de uno de los balnearios de la capital, acusó versatilidad extrema, pues, al dar nombre a las figuras las cambiaba inmediatamente por otro. Como dato de observación revelado por sus inspectores cabe consignar que estos niños repetían años de estudios, tenían tendencias a la cleptomanía, eran reincidentes, vagos, acostumbran a orinarse durante la noche, faltos de higiene, pues, muchos de ellos tenían enfermedades cutáneas.

CONCLUSIONES

Sin pretender sentar normas inconmovibles sino con criterio de aproximación, después del examen realizado y de la somera interpretación de los resultados, puedo adelantar las siguientes conclusiones:

1) El tipo predominante de inteligencia, en el escolar limeño, es de sentido práctico, no siendo escasos los abstractivos e imaginativos;

2) Los datos revelan fuerte precisión de pensamiento en nuestros niños y capacidad intelectiva apreciable, que se desprenden del análisis de las formas y de los contenidos de las interpretaciones, respectivamente;

3) El escolar limeño es por lo regular extravertido, lo revela el predominio de las respuestas cromestésicas sobre las kinestésicas, indicando además espíritus reproductivos y fácilmente adaptables al medio ambiente.

Dr. Celso A. Jarrín P.

Prof. Accidental de Psiquiatría, Médico ad-honorem del Manicomio San Lázaro, Médico Psiquiatra del Instituto de Criminología.

El absceso de fijación en las enfermedades mentales

Dentro de nuestra práctica psiquiátrica, en el Manicomio San Lázaro, hemos podido constatar la utilidad del absceso de fijación, en el período agudo de las enfermedades mentales. Son por demás conocidas las teorías sobre las que se basa la indicación terapéutica del absceso y su aplicación en las psicosis. Entre los beneficios más notables, nos permitimos señalar sobre todos, la acción sobre la motilidad y la atención. En la forma maníaca de la psicosis maníaco-depresiva, esta acción a nuestro modo de ver constituye el verdadero objetivo del absceso, ya que, el dolor que engendra el absceso, constituye una de las mejores represiones para conseguir la quietud del enfermo; por otra parte, el dolor provocado, desvía la movilidad de la atención y del curso de la asociación de ideas y hace que el paciente no se preocupe sino de éste accidente sobrevenido en el curso de su enfermedad. Hecha esta ligera observación, vamos a presentar los resultados que hemos obtenido, en los casos en que nos ha sido posible emplearlo. Se nos perdonará, por tanto, el que prescindamos de la parte expositiva y doctrinaria de éste tratamiento, ya que nuestro objetivo lo constituye única y exclusivamente, el hacer resaltar el valor de este método, en las enfermedades mentales.

N.º 1.—J. J. S.—Ingresa el 12 de Enero de 1936, de 22 años. Sintomatología: alteración en la asociación de ideas,

desórdenes afectivos, hiperkinesia, ligera agresividad. La forma de alteración en la asociación de ideas dificulta el diagnóstico; pensamos se trata de una psicosis maníaco-depresiva. En Enero 20, inyectamos 2 cc. de trementina perfectamente ozonizada, en la parte ántero externa del tercio superior del muslo. La formación del absceso dura 5 días con la siguiente temperatura: día 1.o (mañana 37º—tarde 37,8º); día 2.o (38º—38,5º); día 3.o (38,5º—39º); día 4.o (39º—39º); día 5.o (39º—39º); 6.o día: abertura (39º—37,5º); día 6.o (37º—37º). Remisión de los síntomas, mejoría acentuada; se le da el alta a los 20 días de su ingreso, completamente cerrada la incisión. Este enfermo permaneció en contacto nuestro después de su salida. En el mes de Abril del presente año se instauran las manifestaciones hebefrénicas y la tendencia destructiva del yo; vuelve al asilo; una nueva serie de absceso no produce ningún resultado curativo. Actualmente se encuentra en pleno período demencial. Diagnóstico: Esquizofrenia, forma hebefrénica.

N.º 2.—C. M.—Ingresa el 15 de Enero de 1936; de 16 años. Sintomatología: Agitación maníaca; desórdenes afectivos; trastornos asociativos; ligera desorientación en el espacio y tiempo. Confusión mental.—Enero 23: 2 cc. trementina. Enero 28 se abre el absceso. Durante estos días la temperatura es la siguiente: 37º, 38,5º, 39º, 39º, y 39,5º. Remisión de todos los síntomas; el enfermo es dado de alta en Agosto del presente año, completamente sano. Reingresa en Noviembre con la misma sintomatología anterior. Nuevo absceso de fijación y nueva remisión de los síntomas.—Diagnóstico: Forma Ciclo-Esquizofrénica. Curación.

N.º 3.—M. C.—Ingresa en Enero 17 del 36; 32 años. Fuga de ideas; motilidad exagerada, tendencia al gatismo.—Diagnóstico: Psicosis Maníaco-depresiva. Enero 25: 2 cc. trementina.—Enero 22, abertura del absceso.—Temps.: 37º, 37º, 38º, 38º; los síntomas se atenúan, pero se nota una ligera depresión; hasta la presente la enferma no ha adelantado en su mejoría psíquica.

N.º 4.—A. F.—Ingresa Abril 7 del 35; 20 años. Interrupción del pensamiento; curso lento en la asociación de ideas; bradipsiquia; sintomatología que alterna con excitabilidad, hiperquinesia y tendencia a la agresividad. Esquizofrenia.—Abril 12: 2 cc. de trementina.—Abril 18, se abre el absceso.—Temps.: 37,5º, 38,5º, 38,5º, 39º. Sale completamente sano. Reingresa Marzo del 36 con la misma sintomatología ante-

rior. Nuevo absceso y nueva desaparición de los síntomas mentales.—Forma Psico-Esquizofrénica.

N.° 5.—A. G.—Ingresa Abril 16 del 35; 25 años. Desorientación en el espacio y tiempo; labilidad afectiva; tendencia a la ambivalencia; excitabilidad. Confusión mental.—Abril 23: 2 cc. de trementina.—Abril 29, se abre el absceso. —Temps.: 37°, 37°, 38,5° 38,5°, 39°, 39°.—Sale completamente sano.

N.° 6.—M. I.—Ingresa Abril 25 del 35; 22 años. Fuga de ideas; ligera desorientación en el tiempo y en el espacio; trastornos de la atención; hiperquinesia. Psicosis Maníaco-depresiva.—Abril 30: 2 cc. de trementina.—Mayo 7, se abre el absceso. — Temps.: 37°, 38°, 38,5°, 39°, 39°.—Curación.

N.° 7.—A. P.—Ingresa Mayo 15 del 35;24 años. Inhibición asociativa; ligeros síntomas catatónicos; tendencia destructiva del yo. Esquizofrenia (forma catatónica).— Mayo 22, absceso.— Mayo 30, se abre el absceso.—Temps.: 37°, 37,5°, 38°, 38,5°, 39°.—No presenta ninguna remisión de los síntomas mentales. Lo único conseguido es una ligera quietud del enfermo. Actualmente va camino de la demencia.

N.° 8.—A. M.—Ingresa Junio 4 del 35; 28 años. Euforia; fuga de ideas; excitabilidad. Psicosis Maniaco-depresiva.—Junio 9: 2 cc. de trementina.—Junio 18, abertura del absceso.—Temps.: 37°, 38°, 38°, 38°, 38°.—Completa desaparición de la sintomatología.—Curación.

N.° 9.—S. L.—Ingresa Agosto 1.° del 35; 40 años. Obnubilación; desorientación en el espacio y tiempo; alteración en el curso de la asociación de ideas; trastornos afectivos; ligeras alucinaciones visuales y auditivas; tendencia a la formación de un delirio persecutorio. Confusión mental de origen tóxico.—Agosto 6: 2 cc. de trementina.—Agosto 15, se abre el absceso.— Temps.: 37°, 37,5°, 39°, 37°, 37°.—Curación.

N.° 10.—J. A.—Ingresa Julio 2 del 35; 38 años. Ligera alteración de la personalidad; delirio megalomaniaco ligero; afectividad móvil; abolida para las manifestaciones externas; temperamento esquizoide manifiesto: Esquizofrenia forma paranoide.—Julio 9: 2 cc. de trementina.—Julio 19, se abre el absceso. — Temps.: 37°, 38°, 38,5° 39°, 38°, 37°.—Ligera mejoría.

N.° 11.—M. B.—Ingresa Agosto 20 del 35; 25 años.—

Fuga de ideas; euforia; hiperquinesia; ligeros matices depresivos.—P. M. D.—Agosto 28: 2 cc.—Setiembre 6, se abre el absceso.—Temps.: 37°, 37°, 37°, 38,5°,37°.—Curación.

N.° 12.—C. S.—Ingresa Setiembre 14 del 25; 20 años. Obnubilación; desorientación en el espacio y tiempo; alteración en el curso de la asociación de ideas; excitabilidad.—Confusión mental.—Setiembre 21: 2 cc. de trementina.—Setiembre 30 se abre el absceso.—Temps.: 37°, 37°, 38°, 38,5°, 37°.—Curación.

N.° 13.—B. V.—Ingresa Septiembre 22.—37 años.—Alteración de la memoria anterógrada, trastorno de la personalidad; delirio interpretativo. Esquizofrenia tipo paranoide. Septiembre 29, 2 cc. de trementina. Octubre 7, se abre el absceso. Temperatura: 37°, 37°, 38°, 38,5° y 37°. No hay ninguna remisión de los síntomas.

N.° 14.—M. E. P.—Septiembre 28 del 35, ingresa.—25 años.—Fuga de ideas, excitabilidad, movilidad en la atención y ligera desorientación en el tiempo y espacio. Esta enferma presentaba un ciclo evolutivo característico de la P. M. D. Después de un lapso de tres meses de remisión de los síntomas mentales, vuelve al Asilo. Actualmente se encuentra en su tercer ingreso. P. M. D. Octubre 4, 2 cc. de trementina. Octubre 10, se abre el absceso. Temperatura: 37°, 38°, 38,5°, 38,5°, 37° y 37°. Remisión.

N.° 15.—A. Z.—Ingresa Octubre 24 del 35.—28 años.—Desorientación en el tiempo y en el espacio, afectividad dirigida hacia el polo místico, tendencia a engendrar un delirio de esta forma, depresivo. Confusión mental. Octubre 30, 2 cc. de trementina. Noviembre 10, se abre el absceso. Mejoría.

N.° 16.—Z. A.—Ingresa Noviembre 7.—18 años.—Fuga de ideas, aceleración de los procesos psíquicos, labilidad afectiva hipermnesia. P. M D. Noviembre 20, 2 cc. de trementina. Noviembre 30, se abre el absceso. Temperaturas: 37°, 38,5° 38,5°, 38 y 37°. Curación.

N.° 17.—M. I. G.—Ingresa Noviembre 12 del 35.—19 años.—Forma clínica de la P. M. D.; alterna períodos de excitación y depresión con los de mejoría. Se encuentra por tercera vez en el Asilo. En todos sus ingresos se ha practicado la inyección de trementina. Actualmente: 2 cc. de inyección de trementina, en Septiembre del 36. Se abre el

absceso el 30. Temperaturas: 37°, 37,5°, 38°, 38,5° y 37°. Atenuación de los síntomas mentales.

N.° 18.—J. J.—Ingresa Noviembre 11 del 35.—20 años. —Obnubilación, trastornos asociativos, amnesia, desorientación en el espacio y tiempo. Psicosis post-infecciosa. Noviembre 18, 2 cc. de trementina. Noviembre 28, se abre el absceso. Temperaturas: 38,5, 39°, 39,5°, 39,5°, 38° y 37°. Curación.

N.° 19.—C. O.—Ingresa Diciembre 15 del 35.—18 años. —Obnubilación, desorientación en el espacio y tiempo, trastornos asociativos amnésicos. Confusión mental de origen toxi-infeccioso. Diciembre 23, 2 cc. de trementina. Enero 13, se abre el absceso. Temperaturas: 37,8°, 38°, 38,6°, 39° y 38°. Curación.

N.° 20.—P. B.—Ingresa por cuarta vez en Enero 5 del 36. Forma cíclica de la P. M. D. Después de un período de seis a ocho meses de normalidad aparecen los períodos de enfermedad. Desde su segundo ingreso, se ha practicado el absceso de fijación, siempre con un resultado favorable para la mentalidad de la enferma. Enero 12 del 36. 2 cc. de trementina. Temperaturas: 37°, 37,5°, 38°, 37°. En plena mejoría, una infección renal terminó con la vida de la enferma.

N.° 21.—J. M. J.—Ingresa Diciembre 12 del 35.—19 años de edad.—Interrupción del pensamiento, inmovilidad de la afectividad, trae como consecuencia una indiferencia absoluta para el medio ambiente, se encuentran algunos signos catatónicos. Tipo esquizoide bien definido. Esquizofrenia, forma catatónica. Diciembre 20, 2 cc. de trementina. Se abre el absceso, en Diciembre 30. Temperaturas: 37°, 37,5°, 38°, 38° y 37°. En plena formación del absceso desaparecen todos sus síntomas mentales y se encuentra completamente sano. Terminada la curación del absceso aparece una recaída de la que no vuelve a salir el enfermo. Actualmente se encuentra en un período demencial.

N.° 22.—R. B.—Ingresa Diciembre 12 del 35; 52 años. Amnesia de fijación, alteración ligera de la personalidad, fondo místico acentuado, dislalia, círculo senil, temblor en las manos y en la lengua. Psicosis Presenil.—Diciembre 20, 2 cc. de trementina.—Diciembre 30 se abre el absceso.—Temps.: 37,5°, 37,5°, 38°, 38°,37°—Desaparece toda la sintomatología, con excepción de la amnesia de fijación, la que parece ir aumentando progresivamente. Una vez dado de alta, este enfermo ha estado constantemente vigilado por nos-

otros y hemos podido observar que los trastornos de su conducta y del carácter que presentó en su primera manifestación psicótica no han vuelto a aparecer, conservando únicamente su amnesia de fijación, que constituye una de las más graves molestias del paciente. Este caso lo consideramos como mejoría.

N.º 23.—V. B.—Ingresa Diciembre 16 del 35; 20 años. Inhibición del curso asociativo, indiferencia afectiva, tendencia al impulso; se encuentran además alteraciones de la personalidad, supravaloración de la auto-crítica y fondo delirante interpretativo| Esquizofrenia, forma paranoide. — Diciembre 24: 2 cc. de trementina.—Enero 3, se abre el absceso.—Temps.: 37º, 37º, 38º, 37º, 37º. Remisión.

N.º 24.—F. E.—Ingresa Diciembre 18 del 36; 26 años. Obnubilación, desorientación en el espacio y tiempo, alucinaciones auditivas y visuales, ligero delirio persecutorio. — Confusión Mental.—Enero 2: 2 cc. de trementina. Se abre el absceso Enero 12.—Temps.: 37º, 37º, 38,5º, 38º, 37º. Curación.

N.º 25.—H. M.—Ingresa Enero 5 del 36; 21 años. Es su tercer ingreso. En todos ellos se ha practicado el absceso de fijación. Período de tres a cuatro meses de normalidad, que alternan con los de enfermedad, tipo pícnico, temperamento cicloide. Es uno de los casos que con más pureza se presenta la P. M. D.—Enero 12: 2 cc. de trementina. Se abre el absceso en Enero 21.—Temps.: 36,5º, 37º, 38º, 37º. Curación.

N.º 26.—C. A.—Ingresa Enero 6 del 36; 18 años. Interrupción del curso de la asociación de ideas, trastornos de la afectividad, tendencia al gatismo. Esquizofrenia, forma hebefrénica.—Enero 12, inyección de 2 cc. de trementina. —Enero 21, se abre el absceso.—Temps.: 37º, 37,5º, 38º, 37.º. Remisión.

N.º 27.—G. E.—Enero 8 del 36, ingresa. 32 años. Obnubilación, desorientaciónen el espacio y tiempo, ligero trastorno de la personalidad, interpretación delirante de tipo persecutorio. Confusión Mental de origen tóxico.—Enero 15: 2 cc. de trementina. Se abre el absceso Enero 25.—Temps.: 37,5º, 38º, 39º, 39º. Curación.

N.º 28.—L. D.—Ingresa Enero 23 del 36; 37 años. Alucinaciones visuales y auditivas, sobre todo nocturnas, tras-

tornos delirantes de tipo persecutorio y megalómano, impulsividad y tendencia a la agresión. Delirio alcohólico agudo. Inyección de 2 cc. de trementina, en Enero 30. Se abre el absceso en Febrero 6.—Temps.: 37,5º, 38º, 38,5º, 39º, 39º. Curación.

N.º 29.—B. S.—Ingresa Febrero 3 del 36; 27 años. Forma clínica de la P. M. D.—Es su segundo ingreso. Euforia, fuga de ideas, distraibilidad.—P. M. D.—Se inyecta 2 cc. de trementina, el 10 de Febrero. Abertura del absceso el 16 del mismo mes.—Temps.: 37º, 37,5º, 38º, 38º, 37º. Curación.

N.º 30.—L. P.—Ingresa en Febrero 23 del 36; 29 años. Desorientación en el tiempo y espacio. — Inmovilidad de la atención, amnesia anterógrada, exaltación de la personalidad, delirio inconexo y absurdo. Esquizofrenia, forma paranoide. Inyección de 2 cc. de trementina, en Febrero 30 del 36. Se abre el absceso el 6 de Marzo. Temperaturas: 36,5º, 37,6º, 38,2º, 38,5º y 37º. Remisión.

N.º 31.—Ingresa Marzo 1.º del 36.—27 años.—Inhibición de la asociación de ideas, mutismo, negativismo, estereotipias de actitud y de lugar. Esquizofrenia, forma catatónica. Inyección de 2 cc. de trementina, en Marzo 8. Se abre el absceso el 17. Temperaturas: 37º, 37º, 38º 38º y 37º. No tiene ninguna modificación la enfermedad y progresa rápidamente a la demencia.

N.º 32.—A. P.—Ingresa Marzo 1.º.—22 años.—Obnubilación, desorientación en el espacio y tiempo, excitabilidad, tendencia al gatismo. Confusión mental. Inyección de trementina 2 cc., el 6 de Marzo. Se abre el absceso el 12 del mismo mes. Temperaturas: 37º, 37,2º, 37,8, 38º y 37º. Curación.

N.º 33.—J. P.—Ingresa Marzo 3 del 36.—29 años.—Fuga de ideas, hiperquinesia, que alternan con depresión y llanto inmotivado. La forma depresiva es mucho más permanente que la excitabilidad maníaca. Están en la relación de 1 a 4. Psicosis Maníaco Depresiva. Inyección de 2 cc. de trementina, el 9 de Marzo. Abertura del absceso el 15. Curación.

N.º 34.—C. L. S.—Ingresa Marzo 5 del 36.—38 años.—Trastornos de la personalidad, delirio sistematizado megalomaníaco, delirio interpretativo reivindicatorio. Es curio-

so observar en este enfermo la presencia de diversas obscesiones que contrastan con la forma de su delirio. Forma mixta de paranoia y neurosis obcesiva. Inyección de 2 cc. de trementina, el 12 del mismo mes. No prende el absceso. Diez días después inyectamos 3 cc. de trementina. Se abre el absceso el 1.º de Abril. Temperaturas: 38,5º, 39º, 39,5º, 39,8º y 37º. Esta enferma presenta un edema pronunciado que va desde la raíz del muslo hasta la rodilla, dolores intensos, escalofríos, acompañados muchas veces de náuseas y vómitos. Una vez terminada esta penosa evolución, queda con una ligera parestesia del muslo respectivo. En cuanto a los síntomas mentales, se puede decir que no tuvieron ninguna mejoría apreciable. Actualmente se encuentra la enferma en el mismo estado.

N.º 35.—J. C. D.—Ingresa en Marzo 8 del 36.—37 años. —Depresión constante. La enferma sólo pasa en un llanto continuo. Se niega a tomar toda clase de alimentación: ideas de autoacusación y de ruina, tendencia al suicidio. P. M. D., forma melancólica. Inyección de 2 cc. de trementina, el 15 de Marzo. Se abre el absceso el 26 de Marzo. Temperaturas: 37º, 37,5º, 38º, 38º y 37º. Mejoría.

N.º 36.—J. M. M.—Ingresa Marzo 12 del 36.—28 años. —Desorientación en el espacio y tiempo, alteración en la asociación de ideas, falsos reconocimientos, emotividad exagerada, tendencia al llanto inmotivado. Confusión mental de origen tóxico. Inyección de 2 cc. de trementina, el 19 de Marzo. Se abre el absceso el 27 del mismo mes. Temperaturas: 37º, 37º, 38º, 37º y 37º. Curación.

N.º 37.—P. E.—Ingresa en Marzo 20 del 36.—24 años. —Fuga de ideas, labilidad afectiva, euforia, predominante a toda otra manifestación, hiperquinesia. P. M. D. Inyección de 2 cc. de trementina, el 26 de Marzo. Abertura del absceso el 2 de Abril. Temperaturas: 37º, 37º, 38º, 37º y 37º. Curación.

N.º 38.—G. I.—Ingresa en Abril 2 del 36.—27 años.— Obnubilación, desórdenes afectivos. Estos síntomas predominantes alternan con taquicardia, temblor y síntomas gastrointestinales. Realizamos la prueba de la tiroidina, que da un resultado positivo o Psicosis Tireotóxica. Se inyecta 2 cc. de trementina, el 8 de Abril de 1936. Abertura del absceso, el 16 del mismo mes. Temperaturas: 37º, 37,2º, 37,5, 37º y 37º. A más de este tratamiento se instaló el tratamiento específico tiroideo. Curación.

N.º 39.—C. A.—Ingresa el 19 de Abril del 36.—19 años de edad.—Detención en el curso asociativo, trastornos afectivos, tendencia destructiva del yo. Esquizofrenia. Inyección de 2 cc. de trementina en Abril 27 del 36.A bertura del absceso, el 2 de Mayo.—Temperaturas: 37,5º, 37,5º, 38º, 38º y 37º. Remisión.

N.º 40.—M. L. C.—Ingresa el 1.º de Mayo del 36.—34 años.—Su historia familiar nos indica que desde los 20 años ha presentado tres accesos psicóticos con las siguientes características: alteración de la conducta y el carácter. amnesia sobre todo anterógrada, fuerte emotividad y tendencia a la huída (dromomanía). La duración de esta forma de psicosis no ha pasado de 20 a 30 días, las que intercalaban un período largo de normalidad. Hasta hace dos años más o menos, en que se volvieron frecuentes. Actualmente presenta irritabilidad, tendencia al impulso, ideas de persecución con una desorientación marcada en el tiempo, mas no en el espacio. Está sintomatología alterna con una forma angustiosa que le lleva a las ideas de auto-acusación. Al mismo tiempo se observa alucinaciones cenestésicas que desvirtúan nuestro primitivo diagnóstico. Inyección de 2 cc. de trementina, el 6 de Mayo. Se abre el absceso el 13 del mismo mes. Temperaturas: 37º, 37,5º, 38º, 38,5º y 39º. Nó se obtiene ningún resultado.

N.º 41.—S. L.—Ingreso Mayo 10 del 36.—22 años.—Obnubilación, inhibición de la asociación de ideas, desorientación en el espacio y tiempo. Confusión Mental. El 17 de Mayo se inyecta 2 cc. de trementina. En Mayo 24 se abre el absceso. Temperaturas: 37º, 38º, 38º, 37,º y 37º. Curación.

N.º 42.—A. V.—Ingreso Mayo 22 del 36.—24 años.—Obnubilación, desorientación en el espacio y en el tiempo, hiperquinesia. Confusión mental. Inyección de 2 cc. de trementina, el 28 de Mayo. Abertura del absceso el 4 de Junio. Temperaturas: 37º, 38º, 38,5º, 37º y 37º. Curación.

N.º 43.—Z. A.—Ingresa el 5 de Junio del 36.—26 años.—Interrupción del pensamiento, desórdenes de la atención y de la afectividad, negativismo, automatismo al mandato, estereotipias de actitud y de lugar. Esquizofrenia, forma catatónica. Se inyecta 2 cc. de trementina el 10 de Junio; pero no prende el absceso. No se obtiene ningún resultado en los síntomas psíquicos.

N.º 44.—Ingresa el 8 de Junio del 36.—29 años.—Alteración del curso asociativo, egocentrismo, irritabilidad, tendencia destructiva del yo. Inyección de 2 cc. de trementina el 12 de Junio. Se abre el absceso el 19 del mismo mes. Temperaturas: 37º, 37º, 37,4º, 38º y 39º. No se observa ningún resultado.

N.º 45.—L. B.—Ingresa en Julio 1.º del 36.—45 años.—Mutismo, irritabilidad, probable delirio de fondo persecutorio. Su etiología alcohólica nos hace suponer que se trate de una forma alcohólica, difícil de diagnosticarla, por la resistencia del enfermo al interrogatorio. Se verifica el absceso de fijación el 8 de Julio. Se lo abre el 16. Temperaturas: 37,5º, 38º, 37º, 37º y 36,5º. No ha tenido ninguna influencia en las manifestaciones psíquicas.

Conclusiones.

1.a—La cantidad de 2 cc. de trementina perfectamente ozonizada es suficiente para provocar el absceso, pues sobre 45 observaciones, solamente en dos de ellas han sido insuficientes.

2.a—La temperatura producida por la inyección de trementina oscila de los 37,5º a los 39º.

3.a—La curva de temperatura empieza el 2.º día de la inyección y se mantiene o fluctúa hasta el cuarto día.

4.a—La colección purulenta es precisa y bien delimitada, sin ningún signo de complicación, pues sólo en un caso, en que la cantidad fué excesiva, se presentaron edemas y parestesia del muslo.

5.a—El tiempo que tarda en cerrarse la abertura del absceso no depende de la inyección misma, sino de las condiciones individuales y de la defensa orgánica del paciente. Fluctúa de los 10 a los 20 días.

6.a—El absceso de fijación efectuado indistintamente en las enfermedades mentales da un resultado efectivo, siempre que se verifique dentro del período agudo o en cambio, dentro de una agudización de la enfermedad.

7.a—La confusión mental y la P. M. D., son las enfermedades de elección para este método y en las que da mejores resultados.

8.a—El número de curaciones obtenidas según este procedimiento, es igual al 55,3% de los casos.

9.a—El número de mejorías o remisiones corresponde al 27,6% de los casos.

10.a—Solamente un 17,1% no son influenciados por este tratamiento.

11.a—Dentro de nuestra población asilada, el número de casos agudos fluctúa de 50 a 60 en un año.

Drs. Víctor Arroyo, Humberto Rojas
y Carlos Soto Rengifo

Psiquiatras del Manicomio
Nacional

Acerca de las neurosis del climaterio

GENERALIDADES:

El climaterio o Edad crítica, período del ciclo de la vida femenina que sobreviene entre los 40 y 50 años de edad, está condicionado por dos hechos de órden endocrino: la insuficiencia ovárica, involutiva y el aumento de funcionalismo de la prehipófisis.

Ambas glándulas que hasta entonces mantuvieron un juego armónico, precipitan el organismo en un desequilibrio pluriglandular y neurovegetativo, cuya manifestación ponderable es el sintomatismo climatérico.

Polimorfo, múltiple, abarca desde las molestias subjetivas, hasta las somáticas; el psiquismo contemporáneamente sufre agresiones a veces considerables; y en especial la esfera del temperamento.

Fácil es imaginar que esto así sea, si consideramos su interdependencia con el sistema endocrino, que como ya lo anotamos, se encuentra entonces en pleno desequilibrio.

El climaterio—se ha dicho—es una época propicia a la presentación de los más variados síndromes neuróticos, hipocondríacos y paranoideos (1). Y en efecto así es; pero como lo estableció acertadamente Marañón (2), el tipo patológico de cada alteración lo motiva siempre—casi siempre diríamos nosotros—una reacción del estado constitucional del enfermo.

A.—MANIFESTACIONES NEUROTICAS

Es indiscutible que, a menudo, se acojen bajo este nombre vago e impreciso, muchos cuadros climatéricos, en los cuales predomina el sintomatismo neuropsíquico.

Depresión, hiperemotividad hasta el llanto fácil, irritabilidad psíquica y angustia; hipomnesia cefalagia e insomnio, tales síntomas caben en la denominación que discutimos; no obstante todo esto es nada más que sintomatismo climatérico.

En otro trabajo (3), discutimos y determinamos la influencia que sobre estas manifestaciones tenían: el complejo endocrino, el tipo constitucional y la modalidad del temperamento durante el ciclo de la reproducción.

Y evidenciamos también, la acentuación de los cuadros neuropsíquicos frente a los choques de cierta magnitud con la vivencia.

Claro está que un choque de rudeza extrema, será capaz de originar, no ya variaciones de tonalidad en alguno o en todos los síntomas mencionados, sino que inclusive, motivará, a veces, manifestaciones que entran de lleno en el campo de la patología.

Obs. Nº 1.—B. de 48 años de Edad:

Antecedentes: a) Familiares: madre histérica; b) Personales: Introvertida, desde hace 5 meses gran retraso en la presentación de sus menstruos.

Historia clínica: El 29 de Julio, su esposo fallece en forma trágica. Tempestades de movimientos y gritos, al recibir la noticia y cuando lo llevaron a enterrar. En la noche del 2 de Julio, despues de acostarse, abandona su lecho, sale a un corredor y luego regresa. De esto ya no conserva recuerdo. El día 3 se levanta y dá en cambiar la ubicación de sus muebles "porque así le gusta a su marido". Luego lo llama a voces y con silbidos; en seguida sale fuera de su pieza "a esperarlo para tomar desayuno con él". Y continúa actuando durante todo el día, como si nada hubiese sucedido; su conversación era lógica, menos en lo que se refería a su esposo, a quien creía vivo. Tenía sí, al decir de sus familiares, "la mirada vaga y durante la noche daba la impresión, que iba a caer". Así hasta la noche. El día 4, amanece reintegrada psíquicamente, y concurre en consulta al policlínico de Higiene Mental.

Al examen: Se constata una laguna amnésica desde la noche del día 2 hasta la mañana del día 4. Hay cierto embotamiento afectivo, el resto del psiquismo normal.

M. B.—20% Calcemia, glucemia y presión arterial, normales. Wassermann, negativo en la sangre.

Uremia 0,40 o/oo grs.

Un mes más tarde continuaba en buenas condiciones de salud mental.

Unicamente: palpitaciones, vértigos y onirismo profuso "con su marido".

Diagnosticamos: estado crepuscular post-emoción violenta; climaterio premenopáusico.

Creemos inoficioso hacer una discusión, pero deseamos sí señalar el acervo hereditario de esta enferma; su madre era histérica: tema discutido y negado por algunos psiquiatras modernos; pero que sin embargo aparece en la mayor parte de nuestras enfermas en cuestión.

También creemos necesario señalar la importancia del factor constitucional como determinante de estas manifestaciones y además no rara vez, imágenes o complejos reprimidos durante toda una vida y que de improviso—tras una emoción fuerte, emergen con violencia inusitada.

Tal la siguiente observación que resumimos.

Obs. Nº 2.—B. 45 años: soltera.

Antecedentes:. a) familiares: padres alçohólicos; una abuela enagenada; b) personales: extrovertida, locuaz, tímida y orgullosa, esfera sexual fuertemente reprimida. Escrupulosa hasta la exageración. Desde hace cuatro años concurre a reuniones teosóficas (fué en su primera juventud católica ferviente). Las conferencias de un filósofo hindú la conmovieron profundamente. Después de una de ellas se dirigió a un restaurant al que concurría el mencionado filósofo. Ocupó una mesa, dándole la cara. Este reparó en ella, la miró dos o tres veces, y debió preguntar a su vecino quien era. Cuando él salía—ella se apresuró a ganar la puerta, para aplaudirlo—volvió a mirarla con insistencia. Desde ese instante quedó bajo el dominio de una sensación extraña.

Dos días más tarde: angustia, visiones dionisíacas é impresión de encontrarse bajo la influencia del filósofo. Fué necesario recluirla. Decía entonces "la magia ha tratado de hacer creer que estoy embarazada". "El otro día boté algo como un globo". Excitada, orientación correcta, fondo mental conservado. Veinte días más tarde: algo más tranquila. Al cabo de cuatro meses: alta como mejorada.

Dos meses más tarde: M. B.—8,4; C. R. 0.99; glucemia 0,79; calcemia 85 mgr. x 1.000; presión arterial 16 x 10; uremia, orina, Wassermann en la sangre y fondo de ojo, normales.

Refiere: ahogos, bochornos, palpitaciones cardíacas y excitabilidad neuropsíquica.

En amenorrea desde 9 meses antes que empezara el cuadro psicósico.

Diagnóstico clínico: Delirio transitorio post-emocional. histeria. Climaterio post-menopausa.

B.—DEPRESION CLIMATERICA.

De los síntomas neuropsíquicos que se observan durante la edad crítica, este es sin discusión el primero en órden de frecuencia.

Werner (4) sobre 197 observaciones lo evidencia en un 77% del total; en el 50% encuentra psicósis, de las cuales solo la mitad estaban clasificadas como melancolía involutiva.

Este hecho lo mueve a considerar el mencionado cuadro "nada mas que una exageración del sindrome de la menopausia".

Entre nuestras observaciones el síntoma de presión, figura como fundamental o concomitante en el 65% del total.

Considerando el temperamento durante el ciclo de la reproducción, bajo el esquema de Yung, en el 90% de las extrovertidas y en el 50% de las introvertidas.

Y desde el punto de vista tipológico, en la totalidad de las hipoplásicas, en los tres cuartos de las pícnicas, y en la mitad de las leptosómicas.

Respecto a la patogenia endocrina, concluimos en la importancia de la relación insuficiencia ovárica involutiva-hiperfunción prehipofisiaria, sin inclinarnos en especial a ninguno de dichos factores; pero sin desconocer por eso el rol de la tiroides y en especial del sistema cromafine, en lo que se refiere a acentuación de la tonalidad de los síntomas; y además la acción semejante aunque menos clara del calcio sanguíneo, trasunto de la función paratiroidea.

Un hecho que caracteriza la depresión climatérica es la conservación del fondo mental y la ausencia de ideas delirantes.

Sobre la acentuación del tonus de estos cuadros, el factor choque emotivo juega también un rol indsicutible.

Ahora bien, un choque violento en terreno fértil, puede motivar reacciones de intensidad extrema.

Obs. 3.—T. 40 años de edad: (obs. 1812).

Antecedentes: Temperamento extrovertido, alegre. Bebedora desde hace dos años.

Enfermedad actual: Choque emotivo violento: prisión de su marido y de un hijo; éste maniatado por los pesquisas;

ella misma agredida en su propia casa. Al día siguiente nuevo choque: vé atravesar a su esposo camino a un juzgado, en calidad de detenido. Al salir éste en libertad incondicional al otro día, la encuentra en cama asténica y deprimida. Cuatro días más tarde, presenta alucinaciones visuales y auditivas; apetito y sueño nulos. Así durante tres días, al cabo de los cuales cae en depresión. Una semana más tarde consulta en el Paliclínico de Higiene Mental.

Al exámen: deprimida, casi estupurosa, responde a veces en voz baja, monosílabos. M. B.—15,15; C. R. 0.94; glucemia y presión arterial, normales; calcemia alta; uremia normal; Wassermann en la sangre, negativo; indicios de albúmina en la orina; tipo hipoplásico. Aún tiene menstruos regulares.

Como se negara a probar alimentos durante seis días se la interna.

En esta observación indiscutiblemente existen varios hechos a considerar: a); ausencia de un cuadro mental semejante hasta entonces; b); cuociente respiratorio alto (insuficiencia ovárica); c); choque emotivo violento y d); factor tóxico: bebedora desde hacía dos años.

Podría pensarse en un cuadro maníaco-depresivo de causa endógena; pero el hecho de la edad de la enferma, sumado a la elevación del cuociente respiratorio, nos mueven a interpretarlo como una manifestación preclimatérica, despertada por una emoción violenta y cuya modalidad especial ha sido originada por el factor tóxico.

LA ANGUSTIA EN EL CLIMATERIO

La angustia o su modalidad menos acentuada, la ansiedad, aparecen en casi la mitad de las climatéricas; bien que de ordinario, como manifestación concomitante.

Cuando es el o uno de los síntomas fundamentales, la causa determinante puede ser: a) estrictamente orgánica: b) insatisfacción sexual o imágenes reprimidas.

Pertenece al primer grupo la siguiente:

Obs. 4.—V., 57 años de edad (observación 1795).

Historia clínica.—Desde hace dos años en menopausia. Posteriormente en dos ocasiones, crisis hipertensivas, tratadas con sangría. Consulta por: angustia y algiprecordial, vértigos y bochornos.

Al examen: presión arterial, 26 x 15 (V).—Después de un mes de tratamiento, mejoría clínica; presión 17 x 11½.

Al segundo grupo pertenecen:

Obs. 5.—C., 40 años

Antecedentes. Polimenorreas desde hace dos años. No

hace vida sexual (15 años) por aversión al esposo primeramente y separación conyugal posterior. Líbido exaltada.

Motivo de la consulta: Angustia, malestar, tirantez cervical y bochornos; experimenta estas molestias desde hace 15 años; se exacerban en los períodos menstruales y últimamente se han acentuado más aún. Irritabilidad neuropsíquica marcada.

Al examen: pícnica, extrovertida. M. B. +24; C R 1,12 (insuficiencia ovárica con hipertiroidismo). Presión arterial: 18 x 11½. Glucemia y orina normales. Calcemia alta. Wassermann en la sangre, negativo.

Y la obs. 6.—M., 42 años.

Antecedentes: Menstruos irregulares desde los 35 años pero especialmente desde hace 8 meses. Desde hace diez años crisis de angustias (desaveniencias conyugales, insatisfacción sexual). Ultimamente, alteraciones neurovegetativas y tendencia a la depresión. Examen: Pícnica, extrovertida M. B. 3,9; C R 1,02 (insuficiencia ovárica, tiroides normal); glucemia, presión arterial, uremia, orina, fondo de ojo, normales. Wassermann en la sangre, negativo.

En estos casos trátase las más de las veces de cuadros de data antigua, que intensifican y enriquecen su sintomatismo con el climaterio.

C.—CUADROS PARANOIDEOS

En ninguna de las entidades clínicas anteriores se vé con tanta nitidez como en los paranoídeos, la influencia del factor constitucional; pero aquí también el climaterio suele imponer su marca característica.

Obs. 7.—M., 45 años.

Antecedentes: (familiares) Padre alcohólico; (personales) introvertida, hiperestésica, orgullosa. Vida turbulenta. Desde hace dos años, alteraciones menstruales evidentes. Un año antes: irritable, susceptible; hablaba en voz baja "cosas que se le venían a su cabeza" e interpretaba como alusión a su persona cuanto oía.

Consulta: angustiada, hiperemotiva hasta las lágrimas. Se ha enamorado de su confesor; le ha escrito varias cartas que éste ha puesto en manos de la Superiora del Asilo donde ella vive.

Al examen: orientada consciente, llanto fácil. Refiere vértigos, palpitaciones, e hipomnesia. Días más tarde: está insomne. "El confesor se ha presentado criminalmente en su contra". Al mes siguiente: habla con los espíritus; se cree con la razón perdida. Más tarde: conversa con las personas "las vé mentalmente en el sitio en donde están; cree que se

trate de trasmisión del pensamiento"; la hablan en verso. Posteriormente: continúan las conversaciones; parece que fuera ella misma que piensa una cosa y otra, la que se respondiera. A veces se encuentra como si nunca le hubiera sucedido nada.

M. B. 17,7; C. R. 0,99 (insuficiencia ovárica con hipotiroidismo); calcemia y glucemia, normales, presión arterial 23 x 14.

En resúmen una premenopáusica, hipotiroidea e hipertensa, que junto al sintomatismo climatérico hace un delirio de imaginación.

Para terminar una última observación, acaso más clara que la recién expuesta:

Obs. 8. L. 51 años: (obs. 1461).

Antecedentes: a) familiares: padre alcohólico; b) personales: extrovertida, alegre, fácilmente iritable. Lectura de novelas y últimamente de libros religiosos y de magia; componía versos e ideaba adivinanzas. Antiguamente, descreída y anticlerical. En menopausa desde hace año y medio.

La traen en consulta porque desde hace 3 meses se siente influenciada y se pone en comunicación con los espíritus y con Dios, con quienes mantiene coloquios en las noches. Exageradamente religiosa.

Al examen orientada, memoriza bien. Cree no estar en sus sentidos porque su hija la ha traído en consulta. A veces actitudes rígidas, espasmódicas, transitorias. Después las ha explicado: Se sentía poseída. Presión arterial lijeramente alta, glucemia, normal; calcio sanguíneo descendido.

Esta observación que denominamos delirio de influencia o síndrome de don Quijote, incuestionablemente sale de los límites de entidad de origen climatérico. No se trata aquí de alteraciones del yo temperamental, sino prevalentemente del yo intelectivo. El post-climaterio ha actuado como sensibilizador, evidenciando con mayor nitidez una personalidad constitucionalmente alterada.

CONCLUIMOS

El climaterio es una época propicia para el estallido de las más variadas manifestaciones patológicas, en cuyas génesis cabe señalar la importancia del caudal hereditario y del factor constitucional.

Cabe también evidenciar el rol que tiene el desequilibrio glandular y neuro-vegetativo y los choques frente a la vivencia, en el brote o acentuación de estas manifestaciones.

El cabal conocimiento de cada uno de los factores que entran en juego, es un imperativo categórico; y una obliga-

ción, frente a los múltiples desperfectos de esta clase, hacer cuanto esté de nuestra parte, para arreglar uno de ellos: el desequilibrio endocrino; y enseñar los peligros del otro: el choque con la vivencia.

Con esto obtendremos a menudo la mejoría de algunas enfermas, a menudo, el alivio de muchas; o, en su defecto, la satisfacción de haber hecho cuanto estuvo de nuestra parte por conseguirlo.

CITAS

(1)—Vallejo Nájera; Propedéutica psiquiátrica. Madrid 1936.
(2)—Marañón G. La edad crítica. Madrid 1926.
(3)—Arroyo; Manifestaciones neuropsíquicas del climaterio.
(4)—La menopausia. Revista de órganoterapia 1936.

Prof. Gonzalo Bosch

y Dr. Carlos Pereyra

De Buenos Aires

Contribución al tratamiento de las neurosis

La imposibilidad de dar un criterio exacto de orientación anátomo-patológica en las neurosis, para las que han sido infructuosas todas las investigaciones de los últimos años, particularmente en la histeria; como asimismo la diversidad de causas etiopatogénicas que pretenden advertirse en la evolución personalísima de cada caso clínico, aleja la esperanza de tener un criterio normativo que asiente sobre bases sólidas y permita clasificar al par que desentrañar las causas fundamentales y lo que es objeto principal de la medicina, hallar la fórmula terapéutica que solucione los problemas que la neurosis plantea.

Pero no es el objeto de este trabajo hacer historia de las diversas concepciones que en su hora hubieron de gozar de prioridad, ni discutir el valor de los argumentos con ellas esgrimidas. Sólo interesa, ya que los recursos actuales no permiten otra cosa, exponer de un punto de vista conceptual el nexo común de las llamadas neurosis, basados en la observación fisiológica y clínica y que permiten en nuestra opinión, considerarlas en íntimo parentesco y por consiguiente, las hace posibles de un tratamiento relativamente uniforme, con el que creemos haber llevado sensible alivio a muchos enfermos.

Al referirnos a las neurosis en general, comprendemos en este caso a las formas clínicas denominadas: histeria, neurastenia, psiquiastenia y neurosis emotiva con exclusión de las neurosis epilépticas.

Creemos, en efecto, que existen de común en ellas elementos etiopatogénicos y sintomáticos, a pesar de lo proteiforme de estos últimos que permiten considerarlas uniformemente...

Nadie puede negar, en todas ellas, en virtud de la frecuencia. 70 u 80% según Krepelin de anomalías de carácter psíquico en los ascendientes, de la existencia de factores hereditarios y por consiguiente constitucionales que van a dar a la personalidad psicopática latente o evidenciada, sobre la cual precisa actuar un factor desencadenante de variable significado, para provocar los síntomas accesuales. Asimismo plantea un problema de difícil solución que mantiene la individualidad en el desarrollo de la afección, la importancia tan distinta en la intensidad de esta constitución que oscila entre las débiles y fuertes personalidades psicopáticas. De ello dependen en alto grado, las probabilidades terapéuticas y naturalmente el pronóstico de evolución.

Se ha pensado predominantemente en épocas anteriores desde que Beard particularmente en 1881 describiera en forma magistral el cuadro de la neurastenia en la importancia de las causas agotantes del sistema nervioso central de origen psíquico y especialmente intelectual, para ceder más tarde y con razón, siempre dentro de las causas psíquicas, su lugar de mayor significación a los factores agotantes de orden emocional ya sea actuando en forma de shock como en la histeria o lenta y tenazmente como en la neurastenia, hecho comprobado del que participan Dejerine. Dubois, etc. y que tiene el valor singular de concretar y destacar por la índole de los factores ocasionales, la naturaleza del terreno hiperemotivo en que actúa.

Sin que pueda decirse de que por idéntico mecanismo obran los factores físicos: traumatismos, infecciones, intoxicaciones, dispepsias, ptosis viscerales y organopatías en general, no es menos cierto que es digno de tenerse en cuenta el hecho singular de que estos factores sólo se ven claramente como causas del desarrollo accesual o crítico, cuando han actuado con gran agotamiento, provocando desesperanza, desaliento o acarreando grandes trastornos siempre en la vida afectiva.

Por distintos caminos quizá, han de ser engendradas situaciones similares, que no tienden a demostrar el valor prevalente de las causas psicógenas, sino que más bien hablan probablemente de una fórmula humoral semejante que quedaría explicada fisiológicamente por la labilidad constitucional o adquirida del sistema endocrino-vegetativo de

estos enfermos que tienen como expresión común una extraordinaria hiperemotividad.

Añádense a las circunstancias anotadas, para nosotros, un elemento de igual expresión sintomática en todos los casos, ya sea constitucional o adquirida, la astenia, que en estos sujetos es fácilmente evidenciable tanto para las operaciones físicas como psíquicas y que en todo caso traduce un umbral bajo de toxicidad, explicable por la insuficiencia reguladora del sistema vegetativo y objetivamente demostrable por el debilitamiento de las excreciones o increciones que dan esa característica perezosa y deficitaria a sus procesos asimilativos y desasimilativos.

Estas brevísimas anotaciones, en las que de intento hemos evitado las citas y discusiones, sólo tienden a agrupar los grandes elementos que a nuestro entender reúnen las neurosis citadas: inestabilidad neuro-vegetativa, hiperemotividad y astenia, quizás todas ellas referibles al desequilibrio del sistema endocrino y sus consecuencias tóxicas inmediatas, lo que en nuestra opinión nos permite encararlas con idéntico criterio terapéutico.

Ello no implica descuidar en modo alguno los recursos psicoterápicos, siempre tan eficaces cuando son bien dirigidos y que cuenta a su favor la extrema sugestibilidad de estos pacientes, como consecuencia del desarrollo desigual de sus fisonomías psíquicas que permiten siempre apreciarles con un cierto grado de primitivismo mental o como sujetos no evolucionados y con reacciones predominantemente afectivo-emocionales, según lo demuestra en sus minuciosos estudios Jaensch.

Si estos elementos básicos sobre los que asientan todos los trastornos son comunes a las neurosis, no es menos cierto que la sintomatología psíquica y somática tienen más diferencias aparentes que reales.

En el orden psíquico todas ellas comprenden características generales que no permiten separarlas y que nos hace concebir a los sujetos que las padecen como de grado intermedio entre lo normal y patológico, expuestos al desequilibrio y a la desadaptación por pérdida temporaria de la autonomía psíquica.

Con Mira y López reconocemos que estas crisis de desadaptación van ligadas: primero, a alteraciones cenestésicas y afectivas subjetivamente molestas; segundo, son provocadas por causas que inciden primordialmente sobre la emotividad; tercero, acarrean trastornos de tal magnitud que raramente alcanzan el grado psicótico; cuarto, las primeras manifestaciones aparecen con relativa precocidad en

la vida del psicópata; quinto, todos los trastornos son influenciables por la psicoterapia.

La características asténica, que insistimos, es para nosotros índice de fácil toxicidad, endógena o exógena, dan en el orden psíquico cuadros perfectamente asimilables sobre todo si se consideran en la neurastenia, la psicastenia y la neurosis emotiva. No es admisible aceptarlas a unas como formas adquiridas y a otras como constitucionales sino más bien como variedades simples de un mismo trastorno fundamental en que prevalecen ora la concentración atentiva del paciente sobre la cenestesia y las perturbaciones corporales, ora sobre las operaciones de la mente acarreando dudas, obcesiones, fobias y frecuentemente crisis de angustia.

En el orden somático, las cosas son más claras aún.

En todas ellas se encuentran perturbaciones digestivas francas que se destacan a veces como causas aparentemente originarias o que se instalan secundariamente a la iniciación del estado morboso. De todos modos, durante el período de estado, es lo frecuente observar que a raíz de la pérdida de las funciones apetitivas, en la inmensa mayoría de los casos el sujeto ha llegado a un alarmante estado de desnutrición y cuando menos acusa una sensible pérdida de peso en relación al que tenía. La anorexia mental seguida de la pérdida de la sensibilidad orgánica, las neurosis gástricas, las dispepsias por atonía, etc., son las causas que se revelan con más frecuencia, añadiendo algunas muy peculiares de la histeria como vómitos, ascos, espasmos, etc., pero que no le son exclusivas y pueden encontrarse en las otras formas de neurosis.

Otro tanto puede decirse de la común característica del retardo en el funcionamiento de los emunctorios, pero en particular la evacuación intestinal, que exceptuando los episodios diarreicos de algunos neuróticos, presentan casi sin excepción un estreñimiento crónico cuyo origen deben atribuirse, en la inmensa mayoría de los casos a la atonía intestinal y a la insuficiente excreción de las vías biliares. Evidenciando en forma harto expresiva la astenia de todo el sistema como expresión local de un fenómeno general. Este estreñimiento se inicia en forma temprana en estos pacientes y es cuando menos causa seria de intoxicación permanente y desde luego probable agente desencadenante de la neurosis. Rebelde a los tratamientos habituales, le hemos visto ceder con frecuencia, siguiéndose de mejoría general, bajo la influencia del drenaje médico que asegura la excreción biliar y por ende las funciones peristálticas, antipútridas, etc,

Los trastornos renales y urinarios son menos expresivos y constantes, teniendo muchos de ellos características subjetivas; no obstante, en todos los cuadros pueden verse poliurias nerviosas, disurias, etc., acompañadas o no de ptosis renales. Trátase casi siempre de episodios críticos de origen emotivo, fondo común de las neurosis.

En el orden sexual los púntos de contacto no pueden ser mayores, más aún, después de evidenciarse que contra lo que se había vulgarizado, la histeria aporta en su mayoría casos de frigidez sexual y no de hiperexcitabilidad.

Pérdida total del apetito sexual, frigidez, impotencia psíquica, etc., precedida o no de antecedentes onánicos o hábitos siempre magnificados en la mente del paciente, se ven con igual frecuencia en todos sus grados en los distintos cuadros de neurosis. La clásica forma de neurastenia sexual no involucra la mayor parte de los casos, siendo muchos los psiquiasténicos tributarios de esta debilidad sexual y a este respecto quizá no se haya destacado suficientemente la importancia en el hombre de la astenia del sistema muscular que interviene en el mantenimiento de la erección (m. bulbo cavernoso, transverso profundo del periné, esfínter vesical, etc.) y que da por resultado erecciones poco robustas, insuficientes o nulas independientemente del presunto agotamiento de la líbido o de los centros medulares, que en vano se procura tonificar con medicamentos diversos.

Casi no hay aparato o sistema que revisado prolijamente no arroje perturbaciones iguales u homologables en todas las formas de neurosis, pero en homenaje a la brevedad sólo destacamos los que conceptuamos más significativos y señalamos la similitud en todos ellos de los trastornos dependientes del sistema vegetativo: eretismo cardíaco, angustias, crisis hipertensivas, crisis sudorales, horripilación, taquipnea, tos, etc., que asientan en la emotividad e inestabilidad del equilibrio vago simpático.

El tratamiento de estos enfermos ha comprendido siempre dos partes distintas que necesariamente se complementan y que no pueden desarrollarse eficazmente con prescindencia la una de la otra. La psicoterapia ejercida bajo cualquiera de sus formas, persuasión, sugestión vigil o hipnótica, psicoanálisis, aislamiento, trabajo, distracción, etc., y los métodos terapéuticos propiamente dichos comprendiendo los regímenes dietéticos, recursos fisioterápicos y farmacológicos. Respecto de los primeros no queremos

discutir las ventajas o inconvenientes, aceptando en general que el método a elegir está supeditado en alto grado a la psicología individual del paciente y confiando siempre en la eficacia de la persuasión y la sugestión vigil bien orientada. En cuanto a los segundos pasamos por alto los regímenes dietéticos y sistemas fisioterápicos siempre utilizables elásticamente e incidimos de intento en los recursos farmacológicos.

La medicación arsenical y fosforada, a pesar de su apoyo teórico, creemos que no da en la práctica resultados brillantes y muchos de los presuntos éxitos tienen forzosamente que referirse a la acción psicoterápica indirecta. En cuanto a la medicación estrícnica en la inmensa mayoría de los casos la conceptuamos formalmente contraindicada porque trata sintomáticamente la astenia, sin ir a su causa seguramente tóxica, y aumenta la emotividad ya exaltada de estos enfermos, exponiéndoles a serios contrastes. Todos están de acuerdo en que los sedantes o hipnóticos sólo son recursos de emergencia y cuyo uso debe ser restringido.

Nosotros, basándonos en la fórmula común a estos enfermos, que nos lo muestran con un sistema órgano-vegetativo lábil y expuesto a las disfunciones por causa emotiva, traumática, tóxica o infecciosa; con un síntoma primordial: astenia, que es índice seguro de toxicidad por su similitud con los cuadros clínicos vulgares y por otra parte justificada por la insuficiente función desasimilativa (retardo de emunctorios, hepático, renal, intestinal), siempre existentes en estos enfermos; hemos pensado en un tratamiento uniformado que al par que combatiera las causas fisiopáticas aparentes reuniera por sí solo elementos psicoterápicos eficaces, atendiendo a la desintoxicación, aporte de defensas, nutrición, tonificación y devolviéndole el vigor de las funciones apetitivas sin el temor de ser lesivos en caso alguno.

Con este criterio sin más excepción que las rarísimas contraindicaciones clínicas aplicamos el siguiente tratamiento diario:

25 cc. de suero glucosado hipertónico al 50% por vía endovenosa seguida de 2 cc. de extracto hepático y 10 unidades clínicas de insulina si es posible tres cuartos de hora antes del almuerzo o cena. Este tratamiento, para apreciar resultados, debe hacerse con un mínimum de 20 días consecutivos, su extensión queda supeditada a caso caso.

Mediante el suero glucosado hipertónico, perseguimos: la aceleración del metabolismo y la combustión y eliminación de las substancias tóxicas producidas en el metabolismo intermediario por la insuficiente función nutritiva; el aumento de la función antitóxica del hígado por su reserva

glicogénica; la nutrición y tonificación de todo el sistema muscular y muy particularmente el intestinal, favoreciendo la función peristáltica; la diuresis y, lo que quizá sea más importante, la estimulación de los centros bulbares y diencefálicos de la vida vegetativa demostrados por Stejskal para los casos de shock y colapso, extensibles a estos síndromes en que su función se halla simplemente perturbada o inestable.

La glicemia consecutiva estimula por sí la increción pancreática, pero para asegurarnos su función catalítica y los rápidos beneficios del metabolismo glúcido, con el acrecentamiento de las funciones apetitivas, proporcionamos seguidamente 10 unidades clínicas de insulina unidas a 2 cc. de extracto hepático que garantizan aún más, la eufunción de la glándula encargada por excelencia de combatir las intoxicaciones.

Cuando existe estreñimiento no recurrimos jamás a los laxantes. Valiéndonos sistemáticamente del drenaje biliar con óptimos resultados.

Los resultados obtenidos hasta ahora no pueden ser más alentadores y pensamos que la acción conseguida en el curso de escaso tiempo, 25 días en algunos casos, se ve extraordinariamente reforzada por una acción indirecta psicoterápica que la medicación cumple por sí sola, porque al provocar el aumento de peso que el enfermo controla minuciosamente como índice de salud y al sentir una apetencia marcada, cree firmemente en su mejoría y contribuyen a sugestionarle favorablemente las manifestaciones espontáneas de cuantos le rodean a quienes no escapa el progreso físico del paciente.

Para obviar los inconvenientes de un tratamiento que requiere varias inyecciones diarias en enfermos pusilánimes y expuestos al desaliento por mínima causa hemos ideado una inyección que reúna todas las condiciones anotadas y se dé en solo una vez por vía endovenosa con una cantidad total de 30 cc.

Naturalmente que ello ha requerido múltiples experiencias previas de las que resultan secundariamente una serie de consecuencias dignas de estudio.

Sintéticamente diremos que contra lo clásicamente aceptado, la tolerancia para la insulina endovenosa es considerable, sobre todo en su tiempo de acción, lo cual tiene una explicación fisiológica si se considera que obra como agente catalítico y su acción se ejerce no en la glucosa circulante sino en la intimidad de los tejidos de diversos sistemas, muscular, hepático, etc.

Repitiendo las experiencias con resultados homólogos, hemos inyectado, por ejemplo: a un conejo en ayunas de 1.750 grs. de peso, diluciones acuosas de insulina Lilly hasta 4 unidades clínicas, equivalente aproximado de 2 unidades experimentales, obteniendo: tolerancia inesperada, trastornos convulsivos a las 2 horas, coincidiendo con descenso de la glucemia de 1.35 o/oo a 0.50 o/oo.

Hemos inyectado Pernaemon por vía endovenosa sin comprobar trastorno alguno, poniendo especial cuidado en controlar las variaciones dependientes del shock coloido clásico; descenso de la tensión, taquicardia, desviación del índice refractométrico, leucopenia con mononucleosis, hipocoagubilidad, etc., observándose sólo pequeñas variaciones sin significado en la fórmula sanguínea.

Las mismas cantidades de insulina inyectadas simultáneamente con suero al 50% nos han dado descenso insignificante de la glucemia y ningún trastorno convulsivo ni disneico. Sólo ligera inquietud y apetito.

Dr. Antonio Sicco

Profesor de Psiquiatría en
Montevideo

Varicocele y Neurosis

VARICOCELES COMPLICADOS DE NEUROSIS

El varicocele suele complicarse con síntomas psíquicos. Es un hecho frecuente y conocido desde muy antiguo. Para Ambrosio Paré, en el siglo XVI, esta complicación psíquica era tan común e importante que la incluía en su gráfica definición del varicocele: "Une tumeur en apparence faite de veines dilatées et entortillées autour des testicules et du scrotum, lesquelles sont pleines de sang melancolique".

Esta sangre melancólica, como decía Paré en su lenguaje pintoresco, como un humor negro se derrama por todo el cuerpo causando la hipocondría, la neurastenia sexual y la impotencia, que son las formas neurósicas que toman habitualmente estas complicaciones psíquicas de los varicocelosos. Estos enfermos consultan de ordinario al cirujano o al especialista genitourinario y raramente son vistos por los psiquiatras. Padecen de trastornos psíquicos, que podríamos llamar locales, y que estan en relación inmediata con el varicocele; son trastornos de la función genital (impotencia ó neurastenia sexual) y estados hipocondríacos edificados sobre el varicocele. Algunos consultan por su impotencia ignorando que padecen de varicocele, pero la mayoría atribuye a esta afección sus trastornos genitales. Es clásico el caso de aquel enfermo de Horteloup, que necesitaba colocarse previamente el suspensor, si quería obtener una erección digna y útil. Y los varicocelosos hipocondríacos viven pendientes de la extensa gama de sus sensaciones testiculares "Mi estado, me decía uno de ellos

a quien yo asisto, depende de mis sensaciones testiculares; cuando no siento nada estoy liviano como para volar, cuando siento la tensión estoy aplomado". Por padecer de trastornos localizados, aunque sean de origen psíquico, estos enfermos consultan a los cirujanos que son quienes han estado tratando y quienes han descrito las complicaciones psíquicas de los varicocelosos. Lucien Picqué, cirujano del Asilo Saint Anne, pronunció en 1904, en el pabellón de cirujía, una conferencia sobre la asociación de hiponcondría y varicocele. Fuera de esta contribución de L. Picqué, colocado en posición privilegiada para ver también el aspecto psíquico de los varicocelosos, y de algunas alusiones de Morel y de Magnan, no conozco ningún trabajo psiquiátrico sobre este tema.

NEUROSIS EN VARICOCELOSOS IGNORADOS

En oposición a estos varicocelosos que sufren de trastornos funcionales locales y que consultan habitualmente al cirujano, están aquellos que, ignorando generalmente su varicocele, consultan al psiquiatra por trastornos neurósicos. Hace un par de años, al examen físico de un enfermo de neurosis de angustia, cuya etiología aparecía obscura, nos encontramos con un voluminoso varicocele que el enfermo no había denunciado espontáneamente. Esta observación nos llevó a buscar sistemáticamente el varicocele en todos nuestros neurósicos y a reunir unas cuantas decenas de historias clínicas de neurósicos con varicocele, que son las que sirven de base a la presente comunicación que tengo el honor de hacer en esta prestigiosa Sociedad.

En estos neurósicos hemos encontrado a veces varicoceles grandes y hasta enormes con fuertes molestias locales pero son generalmente varicoceles medianos, discretos o silenciosos. Como ya dijimos, el enfermo desconoce generalmente la existencia del varicocele y cuando la conoce no le atribuye la paternidad de trastornos aparecidos tan a la distancia.

El aspecto psíquico es variado: alguna psicopatía orgánica, formas leves de psicosis maniaco-depresiva, estados iniciales de esquizofrenias pero la casi totalidad son neurosis. Y entre las neurosis la mayoría está constituída por neurosis de angustia y síndromes neurasténicos, pero hay también hipocondrías, fobias, neurosis obsesivas y psicastenias.

Sin duda alguna la etiología de este conjunto tan heterogéneo es múltiple, diversa para cada forma clínica y aún particular para cada caso. Ni siquiera intentaremos enume-

rarla. Sólo nos interesa averiguar qué papel desempeña el varicocele que encontramos presente en todos los casos. Y especialmente tratar de establecer sus relaciones con las neurosis.

Desde ya, podemos eliminar de este conjunto los casos, poco numerosos, de estados demenciales o psicopatías orgánicas de etiología bien conocida y en los cuales el varicocele y el estado mental mórbido son independientes. Pero persiste la casi totalidad del conjunto, constituído por casos de neurosis y aún psicosis, de etiología incierta y obscura, en los cuales es ya difícil descubrir, y aún más difícil precisar, la acción del varicocele sobre la aparición, la morfología o el desarrollo del estado mental mórbido.

Hemos ordenado los casos clínicos en un gran cuadro esquemático, correlacionándolos según la predisposición neuropática, el tipo físico, el régimen sexual, el motivo ocasional, la forma clínica, la evolución, el resultado terapéutico, etc., y frente a esta visión panorámica hemos observado que muchos de estos casos, destacándose y desprendiéndose de la aglomeración primitiva, se agrupaban y alineaban, concretando y dibujando, tipos etiológico-clínicos de rasgos propios y bien definidos: la enfermedad de Glenard, el síndrome apático de los displásticos y, el más importante, la neurosis de angustia por varicocele.

ENFERMEDAD DE GLENARD

Los casos, poco numerosos, diagnosticados Enfermedad de Glenard, reproducían el cuadro bien conocido de esta enfermedad: Tipo físico asténico (Stiller descubrió el habitus enterotopticus con torax alargado y estrecho), hipotensión abdominal, ptosis viscerales múltiples etc., que se acompaña de un síndrome neurasteniforme en el que predominan los trastornos gastro-intestinales. En estos casos existía además el varicocele y a veces crisis de angustia.

Yo pienso que en estos casos el varicocele es un simple testigo de la debilidad del tejido fibroso y muscular liso que está en la base de esta enfermedad. Pero hemos tenido oportunidad de ver; además de estos Glenard típicos y puros, casos complicados de neurosis de angustia, que pudo ser provocada por el varicocele. Y en un antiguo Glenard, después de unos años de curado, hemos visto sobrevenir una neurosis de angustia.

En estos casos de neurosis complicadas ó mixtas o alternantes tiene interés su diferenciación diagnóstica para la indicación del tratamiento medicamentoso: la Enferme-

dad de Glenard beneficia de los tónicos y la neurosis de angustia de los sedantes.

IMPOTENCIA CRONICA EN DISPLASTICOS CORPULENTOS

Los displásticos gruesos y apáticos consultan por su impotencia; una impotencia crónica y bien probada a través de varios años. Practicaron el onanismo hasta muy tarde, más allá de los 20 años, y fracasaron luego siempre en las tentativas del coito, que no fueron sin embargo muy numerosas: cada vez encontraron en la mujer alguna leve imperfección que motivó su desencanto. Quizás no consultarán sobre esta impotencia a la que parecen haberse acostumbrado, si no tuvieran novia y un compromiso que cumplir a más o menos largo plazo.

Por su escasa afectividad, llevan estos enfermos una vida pobre. Sin haber tenido con nadie conflicto, no se encuentran bien ni entre su familia, ni con sus amigos, y prefieren la soledad. Abandonaron el estudio y no trabajan o desempeñan un empleo cómodo. Tienen algunas preocupaciones hipocondriacas y especialmente el temor de las enfermedades venenosas.

Indiferentes e impasibles. Gruesos (sin ser obesos), blandos, hipotónicos (aunque con reflejos vivos), pulso regular.

Fueron solamente tres casos de displásticos gruesos y apáticos, pero están calcados el uno sobre el otro. Y esta coincidencia me parecío que justificaba la descripción de esta variedad clínica que nosográficamente podría ser incluída en la esquizoidía o la esquizofrenia ligera.

¿Qué participación tiene el varicocele? Mi impresión es que interviene, como diría Birnbaum, patoplásticamente, acentuando los trastornos sexuales y particularmente la impotencia. Y es precisamente este síntoma, tan destacado y persistente, el que presta cierta particularidad al cuadro clínico.

NEUROSIS DE ANGUSTIA

El grupo de neurosis de angustia es el más importante y numeroso, comprendiendo casi la mitad del total de los casos de neurosis y varicocele. Algunas de estas neurosis de angustia presentan entre sus antecedentes las causas es-

pecíficas descritas por Freud (1): la abstinencia sexual, la excitación vana, el choque sexual, el coito interrumpido o malogrado etc. etc., las variadas perturbaciones que pueden perjudicar la plena satisfacción sexual.

Pero hay otras que no tienen etiología conocida: ni causa sexual, ni conflicto psíquico, ni afección glandular, ni estado tóxico o infeccioso que explique la aparición de la neurosis. Freud se refirió a la existencia de estos casos "en que es imposible descubrir un proceso etiológico", pero los atribuyó a una grave tara hereditaria. Sin herencia neuropática y en sujetos hasta entonces sensiblemente normales, nosotros hemos visto numerosos casos de neurosis de augustia criptogenéticas que se acompañaban de varicocele. Y la observación repetida fué formando nuestra convicción de que casi todas estas neurosis de angustia, que parecen espontáneas, son en realidad neurosis de angustia por varicocele o por lo menos con varicocele. Y tan grande es nuestra convicción que hemos hecho muchas veces la experiencia de adelantarle al enfermo nuestra sospecha y tener la satisfacción de confirmarla en el examen físico. Arte de adivinación del varicocele que invitamos a nuestros colegas a ensayar, después de haber obtenido del enfermo la confesión sincera de su vida sexual y de haber eliminado mediante un hábil interrogatorio, la existencia de un conflicto psíquico, sentimental o moral.

Arguyen los psicoanalistas que, aún en estos casos, existe siempre un conflicto psíquico, el cual permanece oculto o inconciente y solamente puede ser descubierto por los procedimientos propios del psicoanálisis. Sin pretender negar esta posibilidad—sería querer negar la existencia de hechos desconocidos—nosotros insistimos en que, cuando el conflicto no puede ser revelado por un psiquiatra, existe un varicocele cuya segura existencia es ciertamente bien fácil de constatar.

Los casos más numerosos y típicos de neurosis de angustia por varicocele corresponden a sujetos pícnicos, puros o mixtos, sin antecedentes personales ni hereditarios de afección nerviosa. Pero hay también algunos casos de neurosis de angustia, que podría decirse superdeterminada, en sujetos asténicos, y asténico-atléticos, y en los cuales, la herencia nerviosa por un lado y cierta disposición mental por otro, parecen compartir con el varicocele la etiología de la enfermedad.

Son nuestros enfermos, hombres de 21 á 46 años, la

(1) Sobre la justificación de separar de la neurastenia un cierto complejo de síntomas a título de «neurosis de angustia,»

mayoría entre 26 y 36; solteros y casados, en igual proporción. Vienen a nuestro consultorio generalmente en primavera y verano, y especialmente ciertos días tormentosos, días de varicocele, en los que no es raro ver dos o tres enfermos.

Algunas veces el enfermo hace partir su neurosis de un hecho determinado: un coito, una breve relación amorosa, una pelea entre su madre y su esposa, la noticia de que una persona conocida falleció durante el acto sexual, la muerte de un hijo, el embarazo de la esposa, un llamado violento en la noche, la cornada de un novillo etc. etc., una emoción, un miedo, el miedo de la muerte, que ha despertado la neurosis. Rara vez es un estado tóxico o una infección banal, el motivo inmediato que ha puesto en marcha la enfermedad. Freud piensa que una emoción única puede producir una histeria o una neurosis traumática, pero no una neurosis de angustia y considera que los motivos citados son simplemente agentes provocadores, causas auxiliares o coadyuvantes. Para Freud las causas necesarias son la herencia o el terreno (predisposición) y la perturbación sexual, que es el factor específico y determinante. Sea como fuere, en los casos superdeterminados en que intervienen múltiples factores, es difícil, por no decir imposible, medir la importancia etiológica de cada uno.

Por el contrario, en los casos relativamente frecuentes, en los que la neurosis de angustia nace como espontáneamente en enfermos de varicocele, sin habér sido precedida por ninguna causa conocida, nosotros pensamos que se puede afirmar que ha sido producida por el varicocele.

Es difícil explicar como esta etiología varicocelosa de ciertas neurosis, señalada desde A. Paré y aceptada por la generalidad de los cirujanos, no ha sido adoptada por los psiquiatras, que continúan ignorando el varicocele. Y realmente sorprende que siendo tan frecuente la neurosis de angustia por varicocele no se haya ni siquiera mencionado este factor etiológico, no solamente en los textos de psiquiatría, sino en monografías tales como la de Devaux y logre (Les Anxieux-Masson París, 1917) la de Francis Heckel (La Névrose d'Angoisse-Masson. París. 1917) y especialmente en la tan completa de W. Stekel (Les Etats d'angoisse nerveux-Payot. 1930).

El cuadro clínico de la neurosis de angustia por varicocele no tiene características propias (1); por razón pasaremos de largo sobre su descripción que ha sido tan admi-

(1) Véase historias clínicas en «Neurosis de angustia por varicocele» Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades. Tomo IX, Núm. 6, págs. 696, 702. Dic. 1936.

rablemente realizada por Freud en su primera comunicación. (1).

¿Cuál es el mecanismo de la neurosis de angustia?

La neurosis de angustia puede aparecer secundariamente a procesos tóxicos o a trastornos endócrinos y especialmente al Basedow. Por extensión, muchos autores la conciben como una "toxicosis". Freud las incluyó entre las neurosis actuales "que son consecuencias de perturbaciones del metabolismo de las sustancias sexuales, sea que la producción de toxinas resulte superior a la que el individuo puede soportar o sea que determinadas condiciones, incluso psíquicas, perturban el adecuado aprovechamiento de dichas sustancias". (2).

Después de Freud los psicanalistas han insistido más sobre el aspecto psíquico que sobre el somático, (3) sin dejar de reconocer que "les facteurs physiques sur lesquels Freud avait appelé l'attention dans sa premiere comunication jouent un role incontestable et non négligeable; c'est ce qui ressort des deux faits suivants: la rapide amélioration qui survient dan l'etat du malade lorsque ces facteurs sont éliminés et la grande fréquence avec laquelle on constate leur présence dans les cas de ce genre". (4).

Estos factores físicos, las excitaciones somáticas de naturaleza sexual, consideradas por Freud como las causas específicas de las neurosis de angustia explicarían también el mecanismo de la neurosis de angustia por varicocele. En vez de las excitaciones fisiológicas, de la abstinencia, del noviazgo, del coitus interruptus etc., la congestión patológica del testículo, producida por el varicocele, que exagera y quizás altera la secreción glandular.

La demostración de esta hipótesis exigiría experiencias que no hemos realizado. Nuestra contribución al estudio de la etiología de la neurosis de angustia es solamente una contribución clínica. Ella consta de dos partes. La primera es la observación de hechos clínicos que creemos no habían sido señalados o no se había destacado su frecuencia y su importancia: la existencia de numerosos casos de

(1) «Sobre la justificación de separar de la neurastenia un cierto complejo de síntomas a título de neurosis de angustia», en Tomo XI. (Inhibición-síntoma-angustia) de obras completas.

(2) Introducción a la Psicoanálisis. Teoría general de la Neurosis. Cap. XXIV, pág. 209 del tomo V, de las obras completas.

(3) Y más tarde, el mismo Freud dejó algo de lado su hipótesis sobre la transformación directa de la libido en angustia y trató en concebir a ésta como una reacción del Yo.

(4) Ernest Jones: *Traité Théorique et Pratique de Psychanalyse*, París, 1925.

neurosis de angustia criptogenéticas en enfermos con varicocele. La segunda parte es la interpretación patogénica de estos hechos clínicos, interpretación difícil de hechos complejos y aún enmarañados por la intrincación de los factores etiológicos. Pero aún reconociendo las dificultades y los riesgos, consideramos suficientemente fundada nuestra hipótesis en las siguientes razones: I. Porque está probado que el varicocele puede causar trastornos neurósicos; II. Porque el varicocele precede esos trastornos. III. Porque los síntomas neurósicos son sensibles a los mismos factores que influyen sobre el varicocele (la actividad sexual y el estado meterológico) y IV. Porque el tratamiento del varicocele mejora los síntomas psíquicos (aún cuando todavía no podemos presentar ningún caso operado de varicocele).

El varicocele puede ser el motivo psicológico o la causa somática del síntoma neurósico. Es el motivo psicológico, cuando la conciencia del enfermo descubre el varicocele y allí detiene su atención, fincando en la afección genital y tomándola como base de sus preocupaciones hipocondríacas y tema de su delirio. Es la causa somática, cuando el varicocele altera el testículo y la secreción glandular, perturbando la líbido (por debajo de la conciencia) y favoreciendo su transformación en angustia.

El modo psicológico es claro y convincente, como un hecho de conciencia, pero común y desprovisto de interés. El mecanismo somático, en cambio, es complejo y obscuro, como una acción glandular sobre el psiquismo, pero propio de las afecciones endócrinas y el único que hemos estudiado en esta comunicación, y que seguiremos considerando.

Sólo conocemos de manera cierta los dos extremos del proceso biológico: la raíz somática y el síntoma psíquico, el varicocele y la angustia. Sabemos que estos extremos no se condicionan necesariamente: existen infinidad de varicoceles sin angustia y de angustias sin varicoceles. Pero, y es lo que intentámos demostrar en este trabajo, cuando ambos coexisten en el mismo sujeto, muchas veces el varicocele es la causa de la angustia, la raíz somática de la angustia.

Ahora bien, la angustia es un síntoma elemental y sostienen los psicoanalistas que es el grano de donde derivan otros síntomas neurósicos: fobias y obsesiones, que vendrían a ser elaboraciones intelectuales de la angustia, "angustias pensadas", medios de defensa, construcciones protectoras contra la angustia.

Por este camino puede bien pensarse que las psiconeurosis fóbicas y obsesivas, que hemos encontrado en nuestros enfermos con varicocele, pueden haber nacido de una

neurosis de angustia producida por el varicocele. Y, por otra parte, que el hipocondríaco que descubre su varicocele y se concentra en él, fué primero un angustiado que ha sido llevado a esa fijación aprensiva por la espectativa ansiosa creada previamente por el varicocele.

Con estas perspectivas y estas sugestiones, quiero terminar esta comunicación a la vez que agradezco a la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal de Chile el honor que me ha dispensado, al designarme miembro honorario.

Dr. Abelardo Ibáñez

De Bolivia

Locuras miásicas a delirio polimorfo y ambulativo; sus consecuencias legales

La miasis o desarrollo de larvas de moscas en el organismo humano, puede ser causa de trastornos mentales graves, cuando se localiza en el conducto auditivo externo y de preferencia, cuando lo hace en las fosas nasales. Como consecuencia del desarrollo de dichas larvas, se produce un proceso inflamatorio que generalmente llega, juntamente con las larvas, a la caja del tímpano, a través de la trompa de Eustaquio. Es, pues, importante conocer esta etiología, para la terapéutica consiguiente.

El Dr. José Antonio Hartamann, autor de la comunicación que presento en el presente resumen, cirujano militar boliviano de reserva, observó los primeros casos de esta afección, el año 1924 en la Provincia de Santa Fe, de la República Argentina. En ese año, la sequía produjo una gran mortandad de animales y la consiguiente invasión de las comarcas por una enorme cantidad de moscas de toda clase.

Relata varios casos interesantes, entre ellos el de una señora que cae en plena salud, en un estado de locura furiosa, con momentos de lucidez, en los cuales se queja "de tener viento en los sesos y estar embrujada", con imposibilidad para la alimentación, y en la cual, después de varios días de tratamiento sintomático, se llegó a descubrir con ayuda de los antecedentes, un foco de miasis en uno de los oídos, con gran foco inflamatorio y salida de un líquido lácteo de olor fétido. Después de limpieza completa y

desinfección cuidadosa del oído, se produjo una curación inmediata de todo el síndrome tan grave y alarmante.

Otro caso se refiere a un niño de 14 años que sorprende una noche a sus familiares con dolores y gritos desesperantes, que se prolongan por espacio de varios días, hasta que desaparece de su casa y es encontrado a orillas de un arroyo, con el cuadro de un delirio polimorfo de tipo ambulativo y tendencia al suicidio; operado en un hospital se descubrió una miasis nasal, cuya limpieza determina una rápida curación.

Otro, es el de un resero vigoroso y trabajador, que se suicida después de ambular día y noche, enloquecido, unas veces a pie y otras a caballo, hasta que llega a casa de un conocido, cuyo descuido aprovecha para suicidarse, usando un revólver de aquél; la autopsia revela una miasis nasal que ha invadido el oído medio.

Relata aún varios casos parecidos, en los cuales la misma causa es descubierta en vida del sujeto, o en la autopsia.

Es indudable que el interés de estos casos en la práctica civil, por la utilidad que puede tener su conocimiento, ya que los tratados a tiempo, curan con una facilidad extraordinaria y en cambio los que se desconocen, llevan al sujeto atacado hacia una terminación fatal.

Pero si esos casos tienen cierto interés, mucho mayor lo tuvieron los que en gran número se presentaron durante la campaña del Chaco, la cual ofreció condiciones especiales para un mayor desarrollo de todas las miasis en general, porque las trincheras estaban invadidas por moscas sarcófagas y vomitorias, atraídas por el olor desprendido de cadáveres insepultos o de detritus de toda clase. Ya de por sí, el Chaco es una tierra donde pupulan en forma extraordinaria toda clase de moscas, las que en ese clima se hacen sumamente agresivas y en general, bastan minutos de que una herida no haya sido cubierta, para que venga una miasis segura; calcúlese lo que podrá pasar con hombres que pierden el conocimiento como consecuencia de heridas o quedan rendidos por la fatiga y el sueño; es muy fácil que los conductos de la cara puedan ser asiento de miasis en gran escala.

Los soldados víctimas de esta enfermedad, salían de sus posiciones, para caer muertos por los proyectiles enemigos, muchos se internaban en la selva hostil e inhospitalaria para perecer en ella por la sed y hasta se ventilaron procesos por deserción de oficiales, uno de los cuales ocupó la atención de la prensa argentina, la que defendió el caso de un oficial boliviano desaparecido en pleno combate

y que días después fué recogido por pobladores argentinos de la orilla del Pilcomayo, los que lo llevaron a un hospital, donde su locura ambulatoria fué curada una vez extirpado el foco de miasis nasal que había destruído los cornetes y el tabique nasal.

Otros, llegaban a los hospitales de evacuación, con ese mismo cuadro y aprovechaban de cualqüier descuido de los enfermeros, para escapar al monte o arrojarse al río. Finalmente, muchos de ellos, después de permanecer varios días con ese cuadro, sanaban después de tratamientos adecuados y algunos que traían la afección muy avanzada, terminaron sus días víctimas de meningitis agudas que eran el corolario de la invasión masiva de las meninges de la base del cerebro por el progreso del proceso larvario.

Las conclusiones a las que llega el Dr. Hartmann, son muy interesantes:

A) **Bajo el punto de vista psiquiátrico**, el miásico auditivo y el miásico nasal, pierden el control de sus actos, son, pues, irresponsables; sus funciones volitivas están inhibidas a causa de las torturas indescriptibles que les ocasionan las larvas que viven y se alimentan en regiones de rica inervación cerebral. Los pacientes curan, pero les queda un estado de hipersensibilidad y de fobia, que denomina de miasifobia.

Clasifica los trastornos, como mentales agudos, transitorios, a delirio polimorfo, de tipo ambulativo, con tendencia al suicidio. No tendrían parecido con las locuras de guerra descritas antes, las cuales son de tipo recidivante a plazos más o menos largos, que vuelven a manifestarse cada vez que interviene el estímulo provocador o espina irritativa, de tipo puramente objetivo.

B) **Bajo el punto de vista de la medicina legal**, en que el peritaje debe establecer con exactitud hasta qué punto es responsable el sujeto de sus actos delictuosos o de la deserción, que comete estando atacado de esa verdadera psicosis miásica, hace constar que habiendo examinado muchísimos de estos enfermos, ha comprobado: que jamás hay en ellos acto consciente; que ellos nunca toman una determinación y la siguen; que la tendencia ambulativa no es una idea fija en ellos, ni están capacitados para tomar caminos determinados en su afán de ambular. En consecuencia, cree que se les debe declarar irresponsables, porque ejecutan la acción de la fuga o el suicidio, bajo la acción de un trastorno mental indiscutible.

Drs. Baltazar Caravedo

y Carlos Gutiérrez Noriega

De Lima

Relación entre los grupos sanguíneos y los tipos étnicos en los enfermos mentales

El descubrimiento de las relaciones entre los grupos sanguíneos y las razas, resultado de las memorables y exactas investigaciones de **L.** y **H. Hirszfeld**, es uno de los aportes más interesantes y de más amplia aplicación en la moderna Antropología. Desde la época en que se verificaron las primeras publicaciones (1919) hasta hoy, las contribuciones sobre este tema se cuentan por centenas, y, aunque hasta este instante no se ha obtenido una conclusión general y definitiva del múltiple y variado caudal de observaciones, aumenta cada día el campo de las aplicaciones de este género de estudios.

Ofrece el Perú un interés de primer órden, condiciones apropiadas especialísimas, para las investigaciones étnico-serológicas, pues se viene gestando desde hace varios siglos en este país una mezcla muy completa y variada de razas, lo que permite en gran medida el estudio de las influencias del mestizaje sobre la herencia de las cualidades serológicas y sobre otros problemas afines.

Nuestra investigación sobre la correlación entre los grupos sanguíneos y los raciales se ha verificado en 281 enfermos mentales de ambos sexos y de los siguientes tipos y subtipos étnicos: blancos, indios, negros, amarillos, cholos o mestizos de blanco e indio, y zambos y mulatos o mestizos de negro, indio y blanco.

No hemos establecido conclusión de ningún orden acer-

ca de la relación entre tipos étnico-serológicos y enfermedades mentales determinadas, pues el número de casos estudiados no nos autoriza hacerlo, y porque, sería condición preliminar determinar la correlación entre los tipos y subtipos étnicos y la forma de enfermedad mental, cuestión que aún no se ha intentado. En cambio, encontramos que es más fructuoso establecer correlaciones entre los grupos etno-serológicos y la frecuencia de afecciones mentales. Nuestra investigación medra en este terreno y, podemos anticiparlo, las conclusiones invisten no escaso interés psiquiátrico-antropológico.

Los 281 casos estudiados han sido clasificados en siete agrupaciones étnicas, de las que antes hicimos mención; sólo debemos advertir que el grupo de los mestizos de blanco e indio lo hemos dividido en atención a una mayor exactitud. Este grupo constituye la mayor parte de la población peruana, de la cual forma, seguramente, el 60% por lo menos. Hemos distinguido en él dos variedades: el mestizo de blanco e indio con prevalecimiento del primer factor racial, al que designamos con la abreviatura de B + i; y el mestizo de blanco e indio con predominio del segundo factor étnico, que designamos con la abreviatura de I + b. En realidad, no se puede establecer límite definido entre estas diferentes variedades étnicas, que sólo una necesidad de sistematización obliga a formular; las transiciones que van desde el blanco al indio puros son infinitas.

Cuanto a los mestizos de negro con las razas blanca e india, constituyen un complejo conjunto en el cual todo intento de clasificación encuentra serias dificultades; pues si bien es cierto que en algunos casos es posible determinar los progenitores, como sucede con los mestizos de negro y blanco designados con el nombre de mulatos, o de negro e indio —mucho menos frecuentes— designados con el nombre de zambos, la mayoría de las veces encontramos mezclas raciales muy complejas de las razas blanca, negra e india, sin que sea dable establecer la proporción respectiva. Por lo mismo —aunque con menoscabo de exactitud— hemos preferido considerarlos formando un grupo indiviso, advirtiéndolo, empero, que se trata de un grupo muy heterogéneo.

Las proporciones de los diferentes grupos étnicos en los 281 enfermos estudiados son las siguientes:

Cuadro N.º 1.

Raza	Número total de enfermos estudiados	Porcentaje
Mestizos I+b	84	29,28
Mestizos B+i	57	20,28
Blancos	50	17.79
Indios	31	11,03
Mestizos de negros N+i+b	30	10,67
Negros	19	6,76
Amarillos	10	3,55

Es notable que los negros y sus mestizos sumen el 17.43% del conjunto de enfermos estudiados, pues los indios y sus mestizos I + b y B + i sólo forman el 61,20%. Por consiguiente, la relación entre ambos grupos raciales es de 3,5. Esto quiere decir que el grupo de indios puros y mestizos es simplemente 3,5 veces mayor que el grupo de enfermos negros y mestizos de negro. Más la población normal del primer grupo no es 3,5 veces mayor que el segundo sino 30 por lo menos. De lo cual puede inferirse que la población negra o con mezcla de sangre negra del Perú produce nueve veces más enfermos mentales que la población india o con mezcla de sangre india.

Están tales notables diferencias en íntima concordancia con otras, no menos significativas, de carácter psicoétnico: el indio se manifiesta siempre más apático, más introvertido y bradipsíquico y muy poco influenciable por la actual cultura social; el mestizo de negro, en cambio, es por lo regular más activo, emprendedor, extrovertido y taquipsico y con gran capacidad de adaptación a la actual cultura. Finalmente, hemos observado que en los estados de excitación de las psicopatías, el negro y el mestizo de negro muestran reacciones más violentas y mayor agresividad que el indio y sus mestizos.

Sería, en consecuencia, del más grande interés determinar si a este dualismo de valor psico-étnico se aduna otro, correlativo, etno-serológico. La investigación de los grupos sanguíneos de nuestros 281 enfermos nos ofrecen una demostración crucial de tal supuesto. En el cuadro que a continuación ofrecemos encontramos los resultados de la determinación de los grupos sanguíneos:

Cuadro N.º 2.

Grupos sanguíneos	I		II		III		IV	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Mestizos I + b...	2	2,40	13	15,47	7	8,33	62	73,8
Mestizos B + i...	0	0	19	33,34	1	1,75	37	64,9
Blancos	0	0	16	32	5	10	29	58
Indios..........	2	2,40	4	12,90	0	0	26	83,9
Mestizos negro..	1	3,33	14	46,66	1	3,33	14	46,66
Negros	1	5,27	4	21,68	0	0	14	73,6
Amarillos.	0	0	5	50	0	0	5	50

Estas constataciones son, en conjunto, en alto grado interesantes y significativas. En primer lugar, observamos que los indios se caracterizan, en cuanto a su fórmula serológica, por una muy elevada proporción de grupo IV, resultado este que confirma lo establecido por diversas indagaciones precedentes acerca del índice bioquímico de los aborígenes de América, los que, según la clasificación de tipos sero-étnicos, corresponden al grupo americano-pacífico. Este, que para **Bernstein** representa la primitiva raza humana (Restrasse) de donde por mutaciones sucesivas surgieron los grupos I y III, se distingue por su elevadísima o casi exclusiva proporción en grupo IV. Debemos recordar, en interés de nuestras observaciones, los hallazgos de **Rife,** quien en 112 indios navajos demostró que 111 pertenecían al grupo IV. De otro lado, **Coca** y **Deibert, Nigg** y **Snyder** encontraron en sus investigaciones serológicas de la raza india americana cifras de *77,7%, 70%* y 91,3% respectivamente. **Heinbecher** y **Pauli,** finalmente, han demostrado que casi to-

dos los esquimales pertenecen al grupo IV. En consecuencia, la cifra de 83,9% de este último grupo encontrada por nosotros en los indios peruanos —en su mayoría procedentes de la región andina donde han conservado relativamente mejor que en otras partes del territorio peruano la pureza de su sangre— está en correspondencia estricta con los hallazgos precedentes.

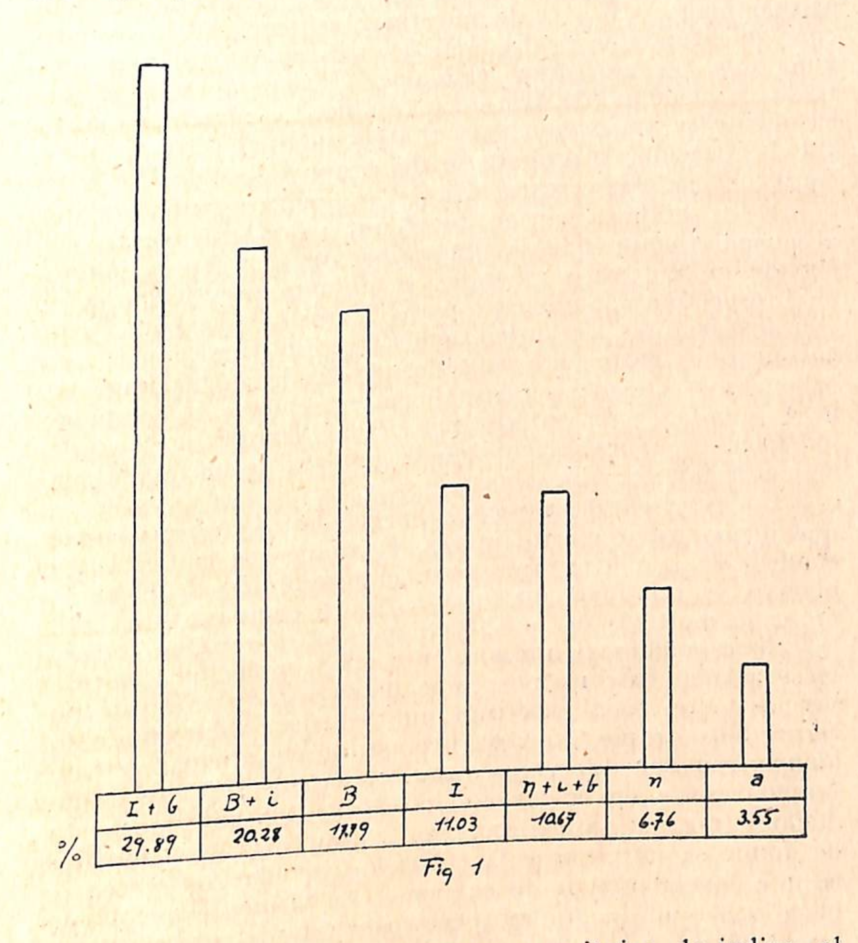


Fig 1

Es de notar que es el grupo sero-étnico de indios, el que ofrece una proporción relativamente menor de afecciones mentales. Si examinamos las proporciones relativas de enfermos indios y de negros y mestizos de negro (v. el cuadro N.º 1 y la fig. 1) encontramos que las diferencias son reducidas si las comparamos a las que existen entre los respectivos grupos de población normal.

La mezcla de las razas blanca e india de América origina una desviación de la fórmula bioquímica antropológica: disminuye la cuantía del grupo IV y aumenta la del grupo II. Podemos afirmar que en un grupo determinado de enfermos mentales mestizos de indio y blanco la fórmula serológica mantiene una estrecha relación con los caracteres étnicos físicos (color de la piel, configuración del rostro, etc.). Así, en el grupo de mestizos que más se aproximan al tipo blanco (B + i de nuestra clasificación) la proporción del grupo IV es de 64,91%, cifra en verdad más próxima a la que nos ofrece el blanco (58%) que a la demostrada en el indio (83,90%). En cambio, los mestizos que físicamente se aproximan más al tipo indio (I + b) de nuestra clasificación) la proporción del grupo IV es de 73,8%, en consecuencia, más cercana a la del progenitor grupo indiano.

Estos hechos podrían tener un valor considerable si al mismo tiempo que la determinación del grupo sanguíneo de los enfermos mentales se hubiera practicado la de sus respectivos familiares, para demostrar la correlación con los factores de orden genético. La discordancia que encontramos entre los resultados de las investigaciones serológicas practicadas en los alienados se debe, a no dudarlo, a la falta de un criterio genetista y etnográfico en tales indagaciones, pues la enfermedad mental está ligada más al factor familiar que al serológico.

En este sentido podemos hacer algunas observaciones que juzgamos de cierto interés. Examinemos la fig. 1 y el cuadro N.º 1: encontramos que la proporción de enfermos blancos es relativamente muy elevada comparada a la de indios y mestizos de indio y blanco si se refieren todas a las correspondientes proporciones de población normal. Desgraciadamente no poseemos datos estadísticos que nos permitan con toda exactitud indicar la población de los respectivos grupos étnicos; mas se puede afirmar que los blancos no son 1,6 veces más numerosos que los indios (como resulta de la relación 50/31 de los enfermos estudiados), por el contrario, éstos lo son más que aquéllos, de donde se infiere que la población de blancos ofrece un tributo mucho mayor de enfermos de la mente que la población de indios. Ahora bien, los subtipos intermediarios seroétnicos I + b y B + i producen, al parecer, proporciones de enfermos mentales que están en relación con las cualidades de sus progenitores. Así, el grupo I + b, que seguramente forma la mayoría de población peruana y que, en consecuencia, supera en mucho al B + i, manifiesta sólo un 29,89% de enfermos, mientras que este último —que en la población normal es dos o tres veces menor que

aquél— muestra la elevada proporción de 20,28%. De aquí se infiere que en un sector determinado de población de mestizos la proclividad a las afecciones mentales será tanto mayor cuanto más grande sea su proporción de raza blanca. Respecto a las variaciones de orden serológico el único dato digno de tenerse en cuenta es la elavada proporción del grupo II en los mestizos B -|- i (33,34%) superior a la del grupo progenitor blanco que sólo es de 32%. En cuanto a la variación del grupo IV, no se puede sacar ninguna deducción. Debemos recordar, como lo han demostrado **v. Dungern-Hirszfeld, Bernstein,** y otros, que las propiedades iso-aglutinables de II y III juegan el rol de caracteres dominantes.

Los variaciones serológicas que ofrece el mestizaje de los negros con las razas blanca e india nos muestra hallazgos más interesantes. En primer término observamos que los negros peruanos manifiestan una proporción relativamente alta en grupo II (21,68%). Los negros sudafricanos y norteamericanos tienen una proporción algo menor (11 a 15%). No creemos que este incremento se relacione con la disposición a enfermedad mental con respecto al grupo II, sino a la pequeña proporción de sangre blanca que suelen tener la mayoría de estos negros. En cambio, en los mestizos de negro se advierte una proporción elevadísima de grupo II (46,66%) muy superior, incluso, a la de los mismos blancos (32%), siendo así que era de prever, más bien, una disminución del grupo II en este tipo de mestizos, en consideración a su origen en parte indiano. Hay, de otro lado, una proporción respetable de grupo IV en el zambo, de suerte que su fórmula bioquímica resulta originalísima. En este caso, por consiguiente, no podemos aplicar los principios mendelianos, aproximadamente válidos en el caso del mestizaje de indio y blanco. Que los cruzamientos pueden influenciar la fórmula serológica ha sido demostrado por **Lewis-Henderson** sobre los negros africanos y americanos, mas ningún principio genético podría explicar este notable prevalecimiento del grupo II en los mestizos de negros alienados. Por consiguiente, en este caso la alta frecuencia de II puede ser considerada en relación a la enfermedad mental.

Si examinamos el cuadro N.º 3, adaptado del método representativo de **Snyder,** encontramos lo siguiente: los enfermos mentales mestizos de blanco e indio se sitúan por su proporción porcentual de grupos sanguíneos, entre sus respectivos progenitores, como era de esperar siguiendo los principios de la genética mendeliana. Mas con los mestizos de negro, blanco e indio ocurre algo inesperado; su

Cuadro No 3.

Frecuencia de II

Frecuencia de I	0-5	6-10	11 15	16-20	21 25	26 30	31 35	36-40	41 45	46-50
0 5			Indios	Mestisos I + G	Negros		Blancos Mestisos B + i		Zambos	Amarillos
6-10										
11-15										
16-20										

Frecuencia de I

situación en el cuadro no es la previsible según los principios genetistas, pues se manifiesta en ellos un incremento del grupo II superior en mucho al de las dazas originarias. Si esta interesante peculiaridad de orden bioquímico encierra alguna secreta relación con las típicas y origina-

les disposiciones de orden psicológico y psicopatológico que nos muestran estos mestizos es cuestión que sólo futuras y proiijas pesquisas permitirán dilucidar.

Cuadro nº 4

Frecuencia de II

Frecuencia de III

	05	6-11	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35
05	Indios Americanos	Indios Americanos			Australianos		
6-10		Filipinos		Islandeses	Daneses	Americanos Ingleses Franceses Italianos Alemanes Austriacos Holandeses Serbios	Noruegos Suecos
11-15			Sud Africanos	Negros Americanos Malgaches Malasios	Arabes Turcos Rusos Indios españoles Tchecos	Rumanos Bulgaros Indios polacos	Armenios
16-20			Senegaleses Indígenos de Sumatra	Anamitos Javaneses Chinos	Chinos del Sur	Chinos del Sur Japoneses del Norte Húngaros Polacos	Japoneses Japoneses del Sur Indios rumanos
21-26				Coreanos del Norte			Coreanos del Sur Ukrania
26-30			Hindus Egipcios	Chinos del Norte Manchúes			

Grupos etno-serológicos (Snyder)

Conclusiones.

I.—En los enfermos mentales de raza india predomina el grupo sanguíneo IV.

II.—Los mestizos de blanco e indio tienen una proporción de grupo IV comprendida entre la de sus respectivos progenitores. Se cumplen aquí los principios de la herencia mendeliana y no se advierte ninguna desviación de la fórmula serológica en relación a la disposición a la enfermedad mental.

III.—En los enfermos mestizos de negro, blanco e indio encontramos una proporción muy elevada de grupo II, superior con mucho a la de los respectivos progenitores.

IV.—El grupo étnico negro y sus mestizos produce más enfermos mentales que el grupo de indios y sus mestizos.

V.—En el conjunto de enfermos estudiados encontramos dos grupos seroétnicos bien caracterizados: los indios y los mestizos de blanco e indio, con predominio del grupo IV y con valores porcentuales relativamente bajos en las producciones de afecciones mentales; y los negros y mestizos de negro, blanco e indio, con predominio del grupo II y con valores porcentuales relativamente altos en la producción de afecciones mentales.

Bibliografía.

Coca and Deibert.—A study of the occurence of the blood groups among American Indians. Journal of Immunology, v. VIII, pág. 487, 1923.

Hirsfeld L.—Konstitutionsserologie und Blutgruppenforschung. Berlín, 1928.

Heinbecher and Pauli.—Blood grouping of polar Eskimo, Journal of Immunology, v. XIII, pág. 319, 1927.

Lattes, L.—L'individualité du sang, París, 1929.

Lewis and Henderson.—The racial distribution of iso-hemagglutinin groups. Journal of the Americ. med. assoc. v. 79, pág. 1422, 1922.

Lester et Millot.—Les races humaines, París, 1936.

Nigg.—Blood groups among American Indians, Journal of Immunology, t. 11, pág. 319, 1926.

Snyder (L. H.)—Human blood groups and their bearing on racial relations-schips, Proceed. of the nation. Acad of sciences, U. S. A., v. 11, pág. 406, 1925.

Snyder (L. H.)—Human blood groups; their inheritance and racial significance, Amer. jour. of physical Anthropol. v. 9, pág. 233, 1926.

Neuville (H.)—L'espéce, la Race et le Métissage en Anthropologie, París, 1933.
Suk (V.)—Human races on the basis of serological tests, Brit. Assoc., pág. 369, 1932.
Mendes-Correa (A.A.)—Sur les prétendues "Races" serologiques, L'Anthropologie, T. 36, 1926.
Ottenberg (R.)—A clasification of human races based on geographic distribution of the blood groups, The Jour. Amer. Med. Association, v. 84, pág. 1393, 1925.

Dr. Jorge Avendaño

(Médico jefe del Laboratorio Clínico
del Hóspital Victor Larco Herrera
Lima-Perú)

Los grupos sanguíneos en las diversas formas de la alienación mental

Es innegable que el estudio de los grupos sanguineos, de creciente importancia desde treinta años atrás, ha alcanzado relieves marcados en los últimos tiempos al punto de constituír un nuevo capítulo de la Ciencia Biológica: la serología constitucional, cuyas íntimas relaciones con la Clínica, la Antropología, la Medicina Legal, etc., hacen de su conocimiento, motivo de vivo interés.

El estudio de los tipos sanguíneos, guarda una estrecha vinculación con la utilización de un recurso de uso diario en la clínica: la transfusión sanguínea, cuyo conocimiento se remonta desde muy antiguo, a la época del Papa Inocente VIII, siglo XV, verificándose con la sangre de vacunos, pero cuyos desastrosos resultados motivaron su prohibición en el siglo XVII. (1).

El actual conocimiento de los fenómenos de aglutinación de hematíes, tuvo su origen en los trabajos de Landois, en 1874 (2), quien demostró que el suero de un animal, perteneciente a determinada especie aglutina los hematíes de otro de especie distinta, fenómeno al cual se denominó heteroaglutinación, atribuyéndolo a la existencia de aglutininas naturales.

Durante 1899 y 1900, ante The Pathological Society of London, Shattock (3), reveló la propiedad del suero de ciertos enfermos, de aglutinar los eritrocitos de hombres sanos; investigaciones semejantes fueron realizadas por Landsteiner y Grunbaum (1900). Pero los trabajos de éstos como de aquel, fueron erróneamente interpretados, pues a dicho fe-

nómeno, que se denominó isoaglutinación se le atribuyó una causa morbosa, derivada de provenir dichos sueros de individuos enfermos. Tal concepto equivocado, fué combatido por Pace, 1901 (4), quien sostuvo la existencia de propiedades isoaglutinantes en los sueros de personas sanas. Corresponde a Landsteiner (1901) la afirmación definitiva del poder de isoaglutinación en el suero de sujetos normales. Este poder varía con los individuos, pudiendo agruparse a éstos según diversos tipos, de acuerdo con la existencia de variados factores que intervienen en el fenómeno de la isoaglutinación.

En el suero sanguíneo, existen sustancias denominadas isoaglutininas, que se corresponden con las existentes en los hematíes o isoaglutinógenos. De la desigual repartición de éstos y aquellas, se derivan la agrupación de los individuos en diversos grupos o mejor tipos sanguíneos, como ha propuesto Thomsen en 1927. Conocidas las isoaglutininas a y b y los aglutinógenos denominados A y B, que mutuamente se corresponden, Landsteiner, primitivamente, aceptó la existencia de tres posibilidades: individuos cuyos sueros contienen ambas aglutininas, pero carecen de los aglutinógenos, siendo su fórmula serológica ab0, los que sólo poseen una aglutinación b, pero igualmente un aglutinógeno A, siendo su fórmula Ab; y los que disponen de una aglutinina a y de un aglutinógeno B, siendo en consecuencia su fórmula Ba. En síntesis dichos individuos, pertenecen a tres grupos: el primero, cuyos hematíes no son aglutinados (0) por los sueros de los otros dos grupos, pero cuyo suero ab, aglutina los hematíes pertenecientes a éstos dos grupos restantes: el segundo, cuyos hematíes A, son aglutinados por los sueros del primer grupo ab y del tercero a, y cuyo suero b, aglutina los hematíes del tercer grupo B; y el tercero, cuyos hematíes son aglutinados por los sueros primero ab, y, segundo b, en tanto que su suero a, aglutina a los hematíes A, pertenecientes al segundo grupo. Con posterioridad, se observó otra posibilidad, que dió lugar a un cuarto grupo o tipo sanguineo, en el cual hay ausencia de aglutininas en el suero y existen ambos aglutinógenos AB, en los hematíes ,con lo cual se obtuvo los cuatro tipos clásicos. Las aglutininas fueron denominadas con las letras griegas alfa y beta, siendo las fórmulas serológicas de los cuatro tipos, las siguientes:

I	II	III	IV
O	A	B	AB
Alfa-beta	Beta	Alfa	O

Algún tiempo después Jansky (1907) y Moss (1910) considerando el cuarto grupo, ya mencionado, hicieron nuevas

clasificaciones, utilizando cifras romanas, las que tiene de común los tipos sanguíneos; colocados en segundo y tercer lugar, correspondientes al II y III, pero siendo invertidos los tipos I y IV, en la siguiente forma:

Según Jansky : O=I ; A=II ; B=III ; AB=IV
Según Moss : O=IV ; A=II ; B=III ; AB=I

De Castello y Sturli, Van Dügern y Hirszfeld, confirmaron las investigariones de los tres autores anteriores.

Esta doble clasificación dió lugar a confusiones y errores, los cuales fueron evitados por la decisión del Comité de Higiene de la Liga de las Naciones, en 1928, al adoptar como momenclatura internacional lo fórmula serológica original de Landsteiner, que traduce el símbolo aglutinógeno: O—A—B—AB.

Las propiedades de aglutinación de los hematíes, tienen como características su fijeza, la precocidad en su aparición y ser heredadas de los padres, es decir que los hijos sólo presentan en la sangre los aglutinógenos ya existentes en la de uno o ambos de los progenitores, circunstancia de grande importancia en la investigación de la paternidad (Landsteiner e Hirszfeld, (1910) (Bernstein y Snyder).

En 1927, Landsteiner y Levine (5), mediante el método de absorción de Hoocker y Anderson, demostraron la existencia en el suero de conejos, convenientemente inyectados con cierta clase de hematíes humanos, de dos aglutinógenos a los que denominaron M. y N. Se ha descrito igualmente la existencia, menos evidente es cierto. de un tercer aglutinógeno denominado P. Schiff, ha descrito otros aglutinógenos: G y H. Se ha demostrado la existencia de éstos aglutinógenos en todos los sueros sanguíneos y su ninguna relación con los tipos sanguíneos ya clásicos.

La presencia de aglutinógenos y aglutininas en la sangre, depende de la constitución y de la condición del organismo y ha dado lugar a la denominación de individualidad de la sangre, cuyas características hemos señalado anteriormente, de persistencia o fijeza, hereditariedad de los progenitores, etc.

Se ha tratado de establecer relación entre los tipos sanguíneos y otros caracteres del individuo, de naturaleza constitucional, especialmente en el capítulo de la Antropología y así se han estudiado dichos tipos en función de la forma del cráneo (M. Kossovitch), pigmento de la piel, talla, etc , no habiéndose obtenido resultados satisfactorios.

En relación con la receptividad para determinadas enfermedades se han emitido algunas hipótesis, cuyos resulta-

dos son dudosos. Se ha querido atribuir a la predisposición para el cáncer, tuberculosis, etc., alguna relación con la existencia de ciertos grupos sanguíneos.

El Dr. Espejó Solá, en un artículo titulado "Contribución al estudio de los grupos sanguíneos y su relación con la reacción de Schick" (6), escribe: "Se ha pensado que la " inmunidad para ciertas enfermedades depende de una in- " munidad hereditaria, es decir, transmitida, o en cambio, " podría depender de una función indirecta en relación con " el grupo sanguíneo, bajo la forma de una solidaridad he- " reditaria". El mismo, ha encontrado paralelismo entre la receptividad de los padres e hijos a la Difteria y su resistencia a la misma, siempre que haya igualmente concordancia entre los tipos sanguíneos de unos y otros.

Hirszfeld, ha tratado de relacionar la inmunidad de las enfermedades infecciosas como una característica esencialmente serológica y el tipo sanguíneo, carácter serológico, igualmente, pero hereditario. Atribuye, en consecuencia, a la inmunidad un estado igualmente susceptible de ser heredado. El cree en la existncia d una verdadera constitución serológica.

El Prof. P. Weiss, en artículo reciente (7), tratando de la resistencia de ciertos individuos a la infección tuberculosa, reclama la necesidad de practicar la determinación de isoaglutininas, conjuntamente con la reacción a la tuberculina, por grupos familiares. Menciona, igualmente, los trabajos de Furst, sobre la trabazón existente entre la suceptibilidad hereditaria al bocio y los grupos sanguíneos; los de Hirszfeld y Brochmann, en relación con la herencia de la inmunidad a las toxinas diftéricas y estreptocócicas; los de Kubaniji y Morich en la Hemofilia, y, el de Wilikonki, de interés para la naturaleza de éste trabajo, que se refiere al estudio de varias familias esquizofrénicas.

El Prof. Weiss, se expresa así: "Si las propiedades " isoaglutinantes, la idiosincrasia, el complemento, se com- " portan como factores constitucionales, no tenemos porqué " rechazar la idea de que algunas formas de inmunidad " pertenezcan al mismo orden de fenómenos".

Alexander y Dossena Lansara, han estudiado la mayor receptividad de individuos, pertenecientes a ciertos tipos sanguíneos, para los tumores malignos. Cavalier, Buchanan-Higley y otros, han negado la existencia de dicha relación. Mironesco-Stefanoy, creen que las enfermedades eruptivas, la coqueluche y tifoidea, atacan de preferencia a los individuos del tipo A. Raphael—Searle—Horan, Hollo, Lenard, Ernest, Neistadt encuentran predominio de los tipos A y

AB, entres los tuberculosos. Witebsky, atribuye a los individuos pertenecientes al grupo A, una mayor suceptibilidad para la Hemoglobinuria paroxística.

Böhmer, Schutt, Gundel y otros (8), creen que las psicosis en general y la criminalidad, se desarrollan, preferentemente, en sujetos pertenecientes al tipo B, atribuyéndoles mayor fragilidad del sistema nervioso. Lattés, participa, en cambio, del excepticismo de Schiff, Thomsen, Lutsele y otros, sobre la posible relación existente entre tipos sanguíneos y estados patológicos.

Dolter (9) Med. Klinik. Sept. 4 de 1925, ha estudiado la relación entre los tipos sanguíneos y las enfermedades mentales.

F. Proescher y A. S. Arkush (10), utilizando la clasificación de Jansky, han verificado la determinación de tipos sanguíneos en un total de 2104 enfermos mentales, pertenecientes a los Hospitales Agnew, Stockton, Napa y Patton, del estado de California, preferentemente a los pacientes que sufrían de las diversas psicosis, que a continuación se expresa:

	I	II	III	IV
Demencia precoz	54,5—	33,6—	10,7—	1,2%
Psicosis maníaco depresiva	51,4—	36,4—	9,9—	2,1%
Epilepsia.	54,7—	35,9—	7,6—	1,9%
Parálisis general.	55,5—	26,1—	13,5—	5,0%

Concluyen dichos autores que la distribución de los grupos sanguíneos es constante en las enfermedades mentales, sin hacer distingos de las diversas psicosis. Dentro de cada grupo sanguíneo, hay, prácticamente, una persistente distribución de pacientes pertenecientes a las diversas psicosis. El carácter de éstas no es determinado ni indicado por el grupo sanguíneo, aunque la suceptibilidad sí es indicada. La distribución de los tipos sanguíneos en la psicosis y en las psicosis específicas es constante, como también lo es la distribución de las psicosis específicas dentro de los grupos sanguíneos. La suceptibilidad de los cuatro grupos sanguineos, muestra una relación constante, que difiere de la población y que puede expresarse para los grupos I, II, III y IV, como 4: 2; 4: 1, respectivamente.

El Profesor Espejo Solá, de Buenos Aires (11), publicó en el año 1931, sus observaciones sobre las determinaciones de grupos sanguíneos en 307 psicópatas del Hospicio de las Mercedes, encontrando que la Demencia Precoz, en-

tidad morbosa que predomina en todos los grupos, guarda relación numérica con los hallazgos de sujetos normales, ya que hay predominio del grupo I (0). En la Parálisis general progresiva, Locura epiléptica y en la Depresión melancólica de los degenerados, predomina el grupo II (A). El grupo IV (AB), predomina en el Delirio persecutorio de los degenados.

Concluye dicho autor sosteniendo conclusiones semejantes a las del trabajo de Proescher y son las siguientes: las proporciones en los porcentajes de los grupos sanguíneos en los alienados, son semejantes a las correspondientes a los normales; el tipo de una psicosis, no puede ser indicado por un determinado grupo sanguíneo; existe suceptibilidad de ciertas psicosis para determinados grupos sanguíneos, como se expuso anteriormente, en relación con la Parálisis General progresiva, la Locura epiléptica, la Depresión melancólica de los degenerados y el Delirio persecutorio de éstos.

Hemos verificado la determinación de los tipos sanguineos en un total de 1017 enfermos del Hospital Víctor Larco Herrera, debiendo exponer nuestra gratitud al Director del mismo y Señores Jefes y Asistentes de los diversos servicios, por las facilidades proporcionadas en la labor de determinaciónes serológicas. Hemos utilizado la clasificación de Landsteiner, universalizada por el Comité de Higiene de la Liga de las Naciones y la momenclatura de las enfermedades mentales del Prof. Emil Kraepelin, adoptada oficialmente en dicho Hospital en Enero de 1932.

Las entidades morbosas que comprenden mayor cantidad de enfermos, y por consiguiente aquellas a las que daremos mayor importancia en el curso de éste trabajo, son: Demencia Precoz, Epilepsia genuina, Psicosis maníaco-depresiva, Oligofrenia, Parafrenia y Toxicosis, representadas por el alcoholismo, opiomanía, cocainomanía, etc.

Hemos empleado la técnica de Lattés, para la verificación de las reacciones isoaglutinantes y que consiste en mezclar una parte del suero diluído en proporción 1 : 2 con dos partes de la emulsión de hematíes al 1 o 2 por ciento, en solución fisiológica citratada al 0,50 por ciento.

Utilizando sueros tipos II y III, que denominaremos, con más propiedad A y B, provenientes del Instituto Bacteriológico Chileno, iniciamos nuestras determinaciones, las

que poco tiempo después nos permitieron disponer de varios sujetos, de tipos sanguíneos correspondientes a A y B, cuyos sueros perfectamente controlados, hemos usado como tipos para las determinaciones posteriores.

Extraída la sangre, hemos observado siempre la precaución de depositarla en la refrigeradora, a temperatura próxima a 0°, durante varias horas ,con el objeto de eliminar las aglutininas del frío (12). No hemos utilizado la adición de antisépticos (Toluol, Fenol, Tricresol, etc.) para evitar la contaminacin de los sueros, manteniendo a éstos alejados de la luz y en atmósfera fría, mediante lo cual hemos obtenido bien definidas reacciones de aglutinación.

En el total de 1017 enfermos hemos encontrado la siguiente distribución de los grupos sanguíneos:

Pertenecientes al tipo	O	: 705	—	69,3%
Pertenecientes al tipo	A	: 216	—	21,2%
Pertenecientes al tipo	B	: 78	—	7,7%
Pertenecientes al tipo	AB	: 18	—	1,8%

Las entidades morbosas se encuentran representadas en la siguiente proporción, de acuerdo con los cuatro tipos sanguíneos:

	Tipos				Porcentajes
	O	A	B	AB	
Demencia precoz.	314	91	33	7	43,7
Epilepsia genuina.	85	29	7	3	12,2
Psicosis maníaco depresiva.	66	25	11	2	10,2
Oligofrenia.	69	12	5	1	8,6
Parafrenia.	39	9	3	0	5,0
Toxicosis (alcohol, opio, coca, etc.).	24	15	4	0	4,2
Psicopatías.	21	6	2	3	3,1
Perturbaciones mentales preseniles y seniles.	18	5	5	1	2,8
Perturbaciones mentales sifilíticas.	18	6	1	0	2,5
Demencia paralítica.	17	6	1	1	2,5
Paranoia.	12	4	3	0	1,9
Agotamiento nervioso. . . .	9	2	0	0	1,0
Perturbación psicógena de los encarcelados.	3	2	1	0	0,6
Nerviosidad.	2	2	0	0	0,4
Perturbaciones mentales disadenoideas.	3	1	0	0	0,4

Enf. de Parkinson.	3	0	0	0	0,3
Neurosis compulsiva.	1	0	0	0	0,1
Depresión psicógena	0	0	1	0	0,1
Neurosis de renta.	1	0	0	0	0,1
Homosexualidad.	0	1	0	0	0,1
Delirio infeccioso.	1	0	0	0	0,1
Histeria del desarrollo. . . .	0	0	1	0	0,1

En este cómputo total, se consignan tres casos de enfermedad de Parkinson como dolientes mentales, por los síntomas de psicosis que revelaban, a pesar de no figurar dicha entidad nosológica en la mencionada clasificación de Kraepelin.

En el cuadro anterior se advierte predominio de seis enfermedades, ya que suman 854 enfermos, sobre un total de 1017, son éstas las siguientes con sus respectivos porcentajes:

Demencia precoz:

O=314 — 30,50%
A= 91 — 20,50%
B— 33 — 7,50%
AB— 7 — 1,50%

Total: 445

Epilepsia genuina:

O=85 — 68,55%
A=29 % 23,89%
B= 7 — 5,64%
AB= 3 — 2,42%

Total: 124

Ps. maníaco depres.:

O=66 — 63,46%
A=25 — 24,04%
B=11 — 10,58%
AB= 2 — 1,92%

Total: 104

Oligofrenia:

O=69 — 79.32%
A=12 — 13,79%
B= 5 — 3,74%
AB= 1 — 1,15%

Total: 87

Toxicosis (alcohol, opio, etc.):

O=24 — 56,0%
A=15 — 35,0%
B= 4 — 9,0%
AB= 0 — 0,0%

Total: 43

En todas las cifras anteriormente expuestas, tanto las correspondientes a las sumas totales de los enfermos examinados, como a los grupos de éstos en las seis entidades morbosas más comunes, se aprecia marcado predominio del tipo O, sobrepasando las cifras del 50%, llegando en la Demencia precoz hasta más del 70% y en la Oligofrenia hasta cerca del 80%.

Sigue a continuación el predominio del tipo A, que alcanza por término medio el 20%, para sobrepasar esta cifra, en el capítulo de las Toxicosis, hasta el 35%.

En las cifras halladas, correspondientes a las otras entidades nosológicas, se observa marcado predominio del tipo O, seguido del A, en las Psicopatías, perturbaciones preseniles y seniles, perturbaciones mentales debidas a la Lues, Demencia paralítica, Paranoia, Agotamiento nervioso y perturbaciones mentales de los encarcelados.

En el capítulo de Nerviosidad, en un total de 4 enfermos, los tipos O y A, están igualmente representados por dos cada uno. En la Homosexualidad, si bien se trata de un solo paciente, éste pertenece al tipo A.

Las cifras halladas en el capítulo de la Demencia Precoz, se prestan a algunas consideraciones, sobre todo en relación con los hallazgos de otros países: E.E. U.U. y Argentina. Esta psicopatía, por sus numerosos sub-grupos, por contituír una enfermedad muy difundida, etc., ha merecido preferente atención de los psiquiatras. Así vemos que en la estadística de Proescher aparecen los dementes precoces, distribuídos con los siguientes porcentajes:

O = 54,5 — A % 33,6 — B % 10.7 — AB = 1,2.

En la de Espejo Solá:

O = 32,4 — A = 31,4 — B = 20,0 — AB = 20,0

Llama la atención el marcado aumento de las cifras correspondientes a los tipos B. y AB. sobre todo este último, en comparación con la estadística de los mentales del Estado de California.

Esta se asemeja más a los resultados obtenidos en cuanto a este tipo, por nosotros en el Hospital Larco Herrera:

O = 70,5 A = 20,5 B = 7,5 AB = 1,5

Ahora bien ,es saltante la diferencia en las cifras por nosotros obtenidas en el tipo O, que revela un marcado predominio, que se acerca a los 3/4 de la cifra total. De 445 dementes precoces, 314 pertenecen al tipo O; ésto tendría su explicación en el marcado predominio de determinados tipos sanguíneos en ciertas razas.

En el Perú, han estudiado la distribución de los tipos sanguíneos diversos autores, habiendo encontrado las cifras que a continuación se consignan.

Ciotola, el año 1923, estableció el índice bioquímico de la población hospitalaria de Lima (13).

El Prof. Weiss, publicó (14) un artículo respecto a la relación de la herencia Mendeliana con los grupos sanguíneos.

El Prof. Battistini, el año 1925, verificó determinaciones en 372 personas de la población hospitalaria de la misma ciudad y clientela particular, habiendo hallado los siguientes porcentajes:

O = 68,82 — A = 16,13— B = 12,90 — AB = 2,15

El Dr. Jorge Arce Larreta (15), publicó en 1931 los resultados de las investigaciones serológicas practicadas en médicos, estudiantes de medicina, enfermeras y particulares, obteniendo los resultados siguientes:

O	A	B	AB
75,0 a 75,5 —	15,0 a 16,67 —	6,58 a 8,0 —	1,5 a 1,75 por ciento

Correspondiendo éstas cifras como las del Prof. Battistini a población formada por blancos, mestizos, etc., se advierte en ellas el marcado predominio del grupo O, seguido del A.

De la comparación de las estadísticas anteriores, con las cifras correspondientes a los porcentajes totales sobre los 1017 enfermos, por nosotros examinados, observamos que el tipo O, es de 69,3%, estando por consiguiente comprendido en las cifras de individuos normales, en tanto que el grupo A, con 21,2% predomina sobre el máximo hallado por los Doctores Battistini y Arce, en personas sanas o enfermos somáticos: 16,67%, pudiendo interpretarse éste mayor porcentaje como una mayor fragilidad de los sujetos pertenecientes a éste tipo A, para las enfermedades mentales.

El mismo Dr. Arce Larreta, realizó durante Enero y Febrero de 1930, una investigación de los tipos sanguíneos

en los nativos costeños y serranos peruanos, de grande importancia etno-antropológica, pues sobre un total de 200 individuos examinados, todos pertenecían al tipo O, alcanzándose la elevada cifra del ciento por ciento (15). Lo que confirma la concepción de Bernstein, de estar las razas antiguas exclusivamente formadas por individuos del tipo O. Los datos consignados revelan que la raza indo-americana es una verdadera raza de origen. El Dr. R. Martial, consigna las siguientes cifras del tipo O, halladas en los aborígenes del Yucatán: 97,7%; en los pieles rojas americanos no mezclados: 91,3%, en los Esquimales: 80,6% y en los Birmanos: 60,0% (16).

El marcado predominio de las cifras correspondientes al tipo O, sobre todo en los dementes precoces, por nosotros halladas, al compararlas con las estadísticas de otros países, se explicaría por la abundancia de población aborígen (india) entre los enfermos del Hospital Larco Herrera.

CONCLUSIONES

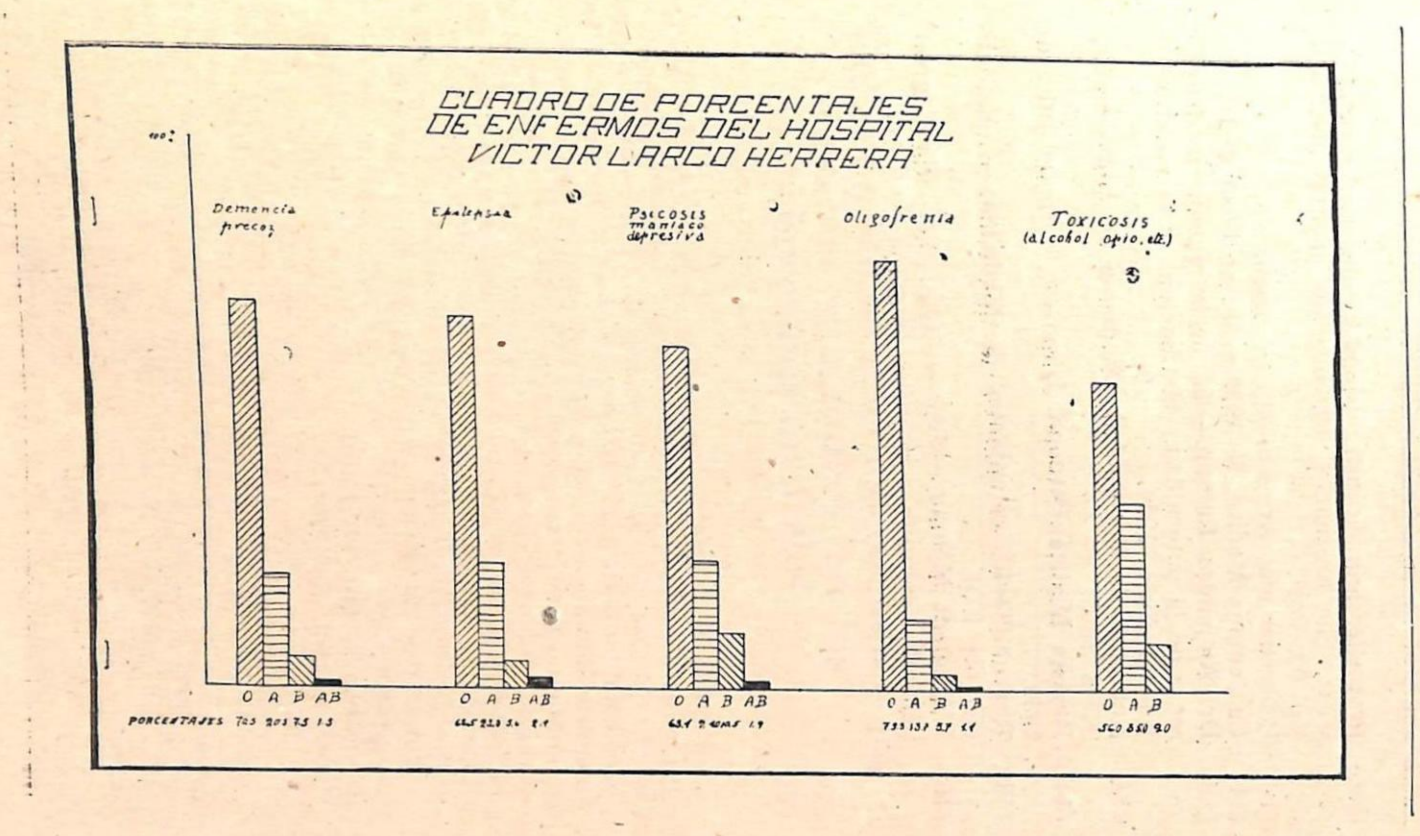
—No existe relación directa entre los grupos sanguíneos y las enfermedades mentales.

—Podría interpretarse como una ligera suceptibilidad de los individuos del tipo A, para las enfermedades mentales.

—Entre los enfermos mentales peruanos, pertenecientes en su gran mayoría a la raza india, existe un marcado predominio del tipo O, el cual constituye el ciento por ciento en los sujetos de raza pura, de la costa y sierra, no contaminados con el mestizaje.

BIBLIOGRAFIA

(1) **Lester et Millot.**—Les races humaines — París 1936.
(2) **V. M. Palmieri.**—Nuestros actuales conocimientos sobre los grupos sanguíneos—Rev. Arg. de Neurología, Psiquiatría y Med. Legal. Nº 18, 19, 20 y 21. 1929.
(3) **V. M. Palmieri.**—Loco citado.
(4) **Pace.**—Rivista critica di clinica Medica 1901.
(5) **A new agglutinable factor, etc.**—Proc. Soc. Exp. Biol and Med. 1927.
(6) **La Semana Médica.**—Abril 24 de 1930. pág. 1062.
(7) **Revista Médica Peruana N 94.**—Octubre 1936.
(8) **Lattés. Individualité su sang, etc.**—París 1929.


CUADRO DE PORCENTAJES
DE ENFERMOS DEL HOSPITAL
VICTOR LARCO HERRERA
Demencia precoz
Epilepsia
Psicosis maniaco depresiva
Oligofrenia
Toxicosis (alcohol, opio, etc.)
O A B AB
O A B AB
O A B AB
O A B AB
O A B
PORCENTAJES

(9) **Proescher and Arkush:** Blood groups and mental disease. .The Journal of neuvous and mental disease.— Vol 65. 1927.

(10) **Proescher and Arkush.**—Loco citado.

(11) **La Semana Médica. Nº 1939.**—Marzo 12 de 1931.

(12) **Dr. Alejandro Raitzin.**—La investigación médico-forense de la paternidad, la filiación y el parentesco. Buenos Aires, 1934.

(13) **Anales de la Facultad de Medicina de Lima.**—Nº 1, 2 y 3. 1923.

(14) **Revista Médica Peruana. Lima.**—5 y 15 de Julio de 1930.

(15) **Revista de los estudiantes de Medicina.**—Lima, Diciembre 1931.

(16) **L'Hygiéne Mentale.**—Sept. — Oct. 1935: Race, groupements sanguins e Hygiéne Mentale.

Drs. Baltazar Caravedo
y Carlos Gutiérrez-Noriega
De Lima

Relación entre la constitución y los grupos sanguíneos en los enfermos mentales

El estudio de las relaciones entre los grupos sanguíneos y los tipos constitucionales ofrece muy serias dificultades. Son numerosos los trabajos de investigación consagrados a este tema sin que hasta el presente se vislumbre un hecho general o una conclusión común a las diversas indagaciones.

Ya **L.** y **H. Hirzsfeld, Weszecki** y **Verzar, Dosena** y **Lanzara** intentaron descubrir relaciones entre los grupos y algunos caracteres somáticos, como la estatura, el peso, la pigmentación, el tipo constitucional, sin conseguir un resultado general y definitivo. Mejor suerte tuvieron las pesquisas de **Rietz,** quien ha pretendido demostrar correlaciones entre los grupos y la forma del cráneo; predominaría el grupo II sobre el III en los dolicocéfalos, observándose lo opuesto en los mesaticéfalos y braquicéfalos. A resultados similares llegan **Romanese,** en Italia, **Klein** y **Osthoff** en Alemania, y **Rosenfeld** en Rusia. En cambio, **Seiros da Cunha** no ha podido confirmar tales constataciones en Portugal. **Dychno** y **Gesselevitch** han investigado, de otro lado, las relaciones entre los grupos y los biotipos de **Viola**; estos investigadores, y con ellos **Palmieri** y **Böhmer,** nos afirman que existe una mayor frecuencia relativa del grupo I en los microsplácnicos delincuentes.

Hemos citado aquí sólo los hechos clásicos, sin aludir a investigaciones más recientes, pues de lo contrario este

trabajo —que sólo es una nota expositiva de nuestras investigaciones— se transformaría en un estudio sintético monográfico.

Hemos estudiado la correlación entre tipos constitucionales y grupos sanguíneos en 253 enfermos mentales. El sistema de clasificación constitucional adoptado ha sido el de E. **Kretschmer**, el que, desde hace varios años es el sistema de clasificación biotipológica de los enfermos del Hospital Psiquiátrico "Víctor Larco Herrera". Los grupos sanguíneos han sido determinados por el Prof. Jorge Avendaño, en el laboratorio del mismo hospital, siguiendo la nomenclatura de **Moss.**

El resultado del estudio biotipológico —en el cual se ha considerado la totalidad de factores que integran el tipo constitucional siguiendo la ficha establecida por **Kretschmer**— en los 253 enfermos, es el siguiente:

Tipo constitucional	Total de casos	Porcentaje
Leptosomos	86	33,72 %
Pícnicos	73	28,85 —
T. mixto pícnico-leptosomo	23	9,13 —
T. mixto leptosomo-pícnico	19	7,5 —
T. mixto atlético-pícnico	22	8,69 —
T. mixto leptosomo-atlético	15	5,93 —
Displásicos	8	3,16 —
Atléticos	7	2,77 —

Mas antes de seguir adelante debemos advertir que este conjunto de enfermos, cuya clasificación biotipológica antes hemos expuesto, comprende variedades raciales y razas diferentes, predominando entre todas la raza india y la variedad étnica formada de mestizos de blanco e indio. Aún en los indios auténticos es dable aplicar la clasificación de **Kretschmer**, la que, como lo demuestran las más diversas investigaciones, posee una real validez de orden antropológico. Así, ha demostrado **F. Weindenreich** que los tipos constitucionales leptosomo y pícnico se encuentran en todas las razas humanas. Idéntica dualidad ha podido ponerse en evidencia en las razas prehistóricas, en los cráneos páleo y neolíticos y en las momias egipcias. El aborigen peruano ofrece tipos constitucionales que corresponden a los establecidos por **Kretschmer**, y, en consecuencia, los leptosomos y pícnicos indios son, en cuanto alude al factor constitucional, equivalentes a los correspondientes tipos de raza blanca.

Examinemos ahora los resultados de la determinación

de los grupos sanguíneos en cada uno de los tipos y subtipos constitucionales prefijados:

GRUPOS SANGUINEOS EN LOS TIPOS LEPTOSOMOS

Grupo	Total de casos	Porcentaje
I	3	3,48 %
II	15	17,44 —
III	2	2,32 —
IV	66	77,90 —

GRUPOS SANGUINEOS EN LOS PICNICOS

Grupo	Total de casos	Porcentaje
I	1	1,38 %
II	21	28,76 —
III	6	8,21 —
IV	51	69,31 —

GRUPOS SANGUINEOS EN LOS MIXTOS PICNICOS - LEPTOSOMOS

Grupo	Total de casos	Porcentaje
I	0	0 %
II	6	26,08 —
III	2	8,69 —
IV	15	65,21 —

GRUPOS SANGUINEOS EN LOS MIXTOS LEPTOSOMO - PICNICOS

Grupo	Total de casos	Porcentaje
I	1	5,26 %
II	2	10,52 —
III	2	10,52 —
IV	14	78,68 —

GRUPOS SANGUINEOS EN LOS MIXTOS ATLETICOS - PICNICOS

Grupo	Total de casos	Porcentaje
I	0	0 %
II	9	40,90 —
III	1	9,10 —.
IV	11	50 —

GRUPOS SANGUINEOS EN LOS MIXTOS LEPTOSOMO - ATLETICOS

Grupo	Total de casos	Porcentaje
I	0	0 %
II	8	53,33 —
III	0	0
IV	7	46,66 —

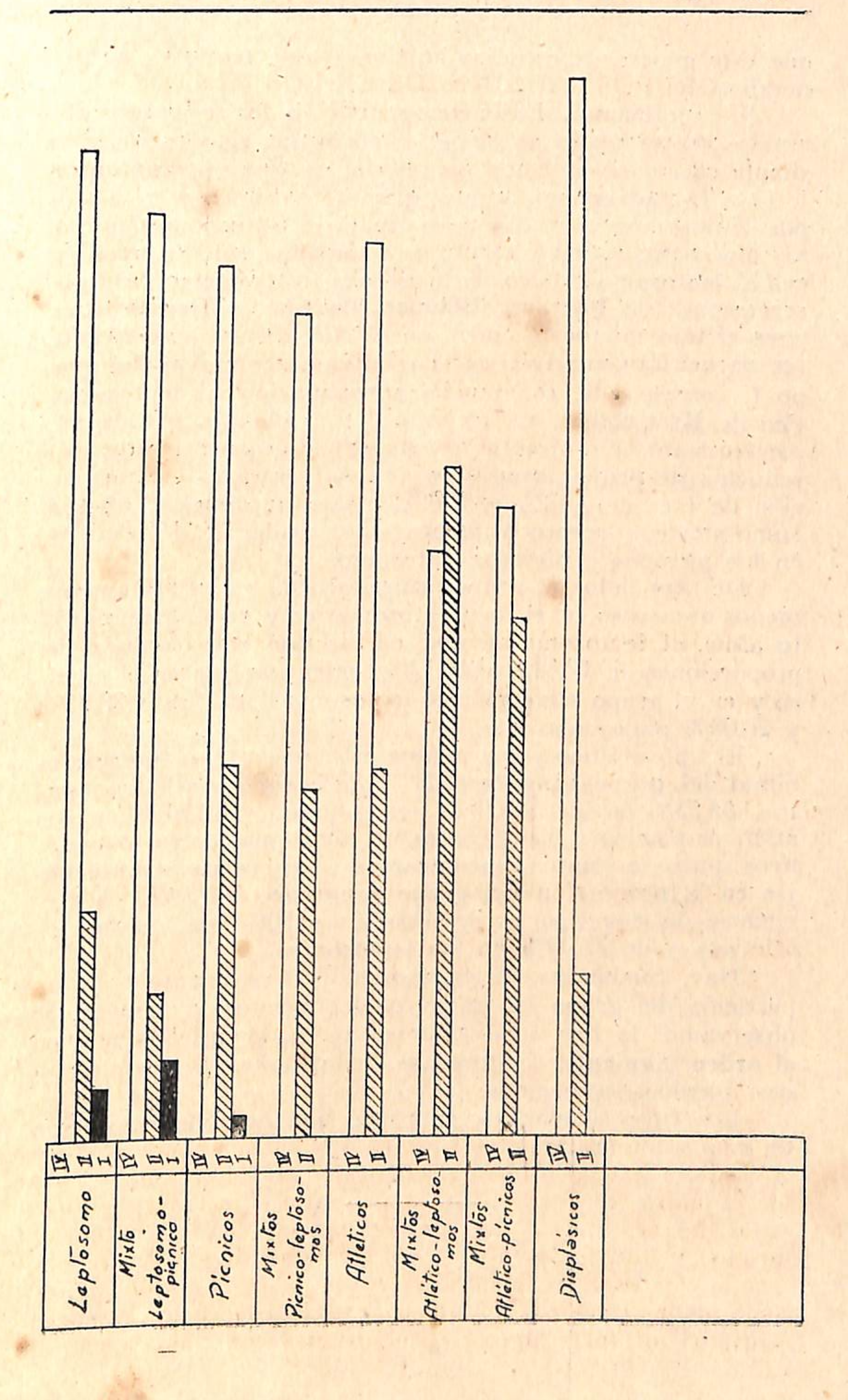
GRUPOS SANGUINEOS EN LOS DISPLASICOS

Grupo	Total de casos	Porcentaje
I	0	0 %
II	1	12,50 —
III	0	0
IV	7	87,50 —

GRUPOS SANGUINEOS EN LOS ATLETICOS

Grupo	Total de casos	Porcentaje
I	0	0 %
II	2	28,89 —
III	0	0
IV	5	71,11 —

El conjunto de sujetos sobre los cuales se han practicado estos estudios forman un material muy heterogéneo desde el punto de vista étnico. La mayoría eran enfermos mentales de raza india, y, en consecuencia, el predominio del grupo IV que se descubre en la totalidad de los biotipos depende casi exclusivamente del factor racial y no del patológico o constitucional. Establecida esta observación, nos permitimos formular algunas conclusiones con toda la cautela


IV II I
Laptosomo
IV II I
Mixto Leptosomo-picnico
IV II I
Picnicos
IV II
Mixtos Picnico-leptosomos
IV II
Atleticos
IV II
Mixtos Atletico-leptosomos
IV II
Mixtos Atletico-picnicos
IV II
Displásicos

que este género de estudios impone a toda tentativa de generalización.

Si examinamos el esquema general de los resultados obtenidos representado en la fig. 1, en la que en atención a la simplificación sólo hemos expresado los grupos sanguíneos I, II y IV, advertimos que el grupo I predomina en los tipos leptosomos y en los tipos mixtos leptosomo-pícnicos, los que, entre todos los biotipos estudiados, son los más afines al leptosomo clásico. Este hallazgo coincide con las observaciones de **Palmieri, Böhmer, Dychno** y **Gesselevitch,** pues el tipo microesplácnico, en el cual dichos investigadores encuentran una frecuencia relativamente mayor del grupo I, corresponde, con mucha aproximación, al leptosomático de **Kretschmer.** En cambio el tipo pícnico, y el mixto pícnico-leptosomo ofrecen una proporción notablemente más reducida de grupos sanguíneos I. Así, mientras la proporción de I es de 3,48% y 5,26% en los leptosomos y leptosomo-pícnicos respectivamente, sólo es de 1,38% y 0% en los pícnicos y pícnicos-leptosomos.

De otro lado, el grupo sanguíneo II es relativamente menos numeroso en el tipo leptosomático y en el grupo mixto afine, el leptosomo-pícnico, en los que sólo alcanza las proporciones de 17,44% y 10,52%; mientras que en el pícnico y en el grupo afine pícnico-leptosomo llega hasta 28,76% y 26,08% para cada cual.

El tipo atlético y los mixtos atléticos ofrecen un predominio del grupo sanguíneo II 28,89% en los atléticos puros, 53,33% en los atléticos leptosomos, y 40,90% en los atléticos-pícnicos. También es de notar que entre los atléticos, puros o mixtos, encontramos cifras relativamente bajas en la proporción del grupo sanguíneo IV. Así, la frecuencia de este tipo es de 46,66% y 50% en los mixtos atléticos y de 77,90% en los leptosomos.

Hay, finalmente, cierta desigualdad en cuanto a la repartición del grupo IV entre los leptosomos y pícnicos. Si observamos la Fig. 1 advertimos que su cuantía decrece en el orden siguiente: leptosomos, leptosomos-pícnicos, pícnicos, pícnicos-leptosomos.

Los tipos displásicos muestran una notable proporción de grupo IV (87,5%).

CONCLUSIONES

I.—El grupo sanguíneo I es relativamente más frecuente en el tipo constitucional leptosomo y en el tipo similar leptosomo-pícnico, y menos frecuente en el tipo pícnico y en su similar pícnico-leptosomo.

II.—El grupo sanguíneo II es relativamente más frecuente en los tipos constitucionales pícnico y pícnico-leptosomo y menos frecuente en los tipos leptosomo y leptosopícnico.

III.—El grupo III es más numeroso en los pícnicos que en los leptosomos.

IV.—En los tipos atléticos, puros y mixtos, es relativamente muy frecuente el tipo sanguíneo II.

V.—El grupo sanguíneo IV es más frecuente en los tipos leptosomos que en los tipos pícnicos.

VI.—En los displásicos predomina el tipo IV.

BIBLIOGRAFIA

Böhmer, Blutgruppen und Kriminalistik. Forschungen Fortschritte, v. IX, pág. 166, 1927.

Dychno, Sur l'importance constitutionnelle des propriétés agglutinantes du sang humain. Naútschnyje iswestija Smolensk. Univers. 3, 93, 1926 (cit. L. Lattes).

Gesselevitsch, Zur Frage der Konstitution und der Blutgruppen. Verh. Komm. Blutgruppen f., 1, 30, 1927.

Gesselevitsch, Zur Frage der Konstitution uns der Haemagglutinotionsgruppen des Blutes. Ukr. f. Blutgruppen f. 2, N.º 2, 1928 (cit. L. Lattes).

Lattes, L'individualité du sang en Biologie, en Clinique et en Médicine Légale, París, 1929.

Palmieri, Nuestros actuales conocimientos sobre los grupos sanguíneos. Rev. Argen. de Neurol. Psiquiátr. y Med. Legal., vol. III, N.os 18, 19, 20 y 21, 1929.

Drs. J. O. Trelles y Mario Méndez

Clínica Neurológica de la Universidad de Lima

Un caso de parálisis general senil

La parálisis general senil es interesante por los problemas de diagnóstico que plantea y las sanciones terapéuticas que derivan. Descrita por Alzheimer en 1901, en el Congreso de Karlsruhe, como una forma particular de la enfermedad de Bayle, caracterizada por un cuadro en el cual a los signos de meningo-encefalitis poco acentuados, se añaden síntomas de demencia senil que son los que individualizan la afección. Los casos de parálisis general senil son relativamente raros, Carrette en su Tesis (París, 1923), cita únicamente veinte casos; posteriormente han aparecido algunas nuevas observaciones, entre ellas las de Marie, Chatagnon y Picard, Marchand, Lizaret, Leroy y Trelles.

La parálisis general senil ha dado lugar a muchas discusiones; fué confundida largo tiempo con la parálisis general tardía, es decir, con la parálisis general que sobreviene después de los 60 años. Actualmente todos los autores están de acuerdo en considerar, al lado de la parálisis general tardía y banal, una forma clínica caracterizada por su evolución y su tipo clínico propios.

Hemos observado un cuadro, que nos ha parecido interesante por corresponder su sintomatología a la de la parálisis general senil. La historia es la siguiente:

Observación *. L. L. 76 años, agricultor en una de las provincias del sur, presenta trastornos de déficit mental, los cuales sobrevinieron después de un choque afectivo causado por el deceso inesperado de su esposa, en Abril de 1935. La familia niega formalmente la existencia anterior a esta época, de toda variación en la conducta o en el carácter del enfermo. No han habido compras absurdas, ninguna deficiencia del sentido moral, ninguna frase incoherente, nin-

gún cambio en sus reacciones afectivas. Es sólo después del deceso de su esposa que se instala un cuadro depresivo, al día siguiente se queja de fatiga al corazón, no dormía, ni comía, sentía opresión. Manifiesta una tendencia a aislarse, permanece largas horas encerrado en su escritorio, las respuestas que daba el enfermo eran breves evasivas. Sin embargo, teniendo en cuenta las circunstancias, nada en su comportamiento fué considerado como anormal, ni por la familia ni por los médicos que lo asistieron, la conducta fué atribuída exclusivamente al choque afectivo. En Noviembre de 1935 viene a Lima; en el momento de la partida estaba completamente lúcido y los trastornos somáticos se habían atenuado tanto, que él mismo manifiesta que de no haber comprado ya los pasajes, no haría el viaje. El estado no varía sensiblemente hasta Febrero de 1936; en este mes le fué prescrito un supositorio, el que fué aplicado en la noche; a la mañana siguiente, contrastando con su conducta anterior irreprochable, habla de "que un joven había abusado de él durante la noche".

En los meses siguientes la conducta ya no es normal, dice frases extravagantes; sin embargo, la familia no piensa aún en una perturbación mental. Los trastornos se acentúan progresivamente, en el mes de Junio acusa y se queja, completamente sin razón, de la conducta, que es irreprochable, de sus hijas; como las recriminaciones se hacen cada vez más violentas y menciona pruebas completamente imaginarias, la familia consulta un facultativo que atribuye el cuadro a una demencia senil.

En las semanas que siguen, la afección se acentúa, tiene ideas de suicidio, habla de envenenarse, sin embargo, a menudo rechaza las drogas prescritas, pues cree que quieren atentar contra su vida. Presenta brotes delirantes de grandeza, ha hecho grandes negocios, se ha sacado la lotería, pero todo lo que ha ganado le ha sido robado. En los primeros días de Julio presenta por la primera vez, perturbaciones aparentes de la palabra, los trastornos son cada vez más intensos y avanzan tan rápidamente, que el mes de Agosto la disartria es tal, que las palabras la mayor parte del tiempo son ininteligibles. En esta época el estado del enfermo es más tranquilo, presenta tendencia a la depresión. Progresivamente las facultades intelectuales se hunden cada vez más. En las últimas semanas los trastornos de la memoria son intensos, el juicio y la autocrítica parecen nulos, la afectividad se encuentra perdida, no manifiesta ningún interés por su familia, una de las hijas ha partido sin que él parezca haberse apercibido.

Existe insomnio con crisis de agitación nocturna, en és-

tas se levanta, quiere salir. Duerme de día. Existe polakiuria a veces; pierde sus orinas. Come normalmente. Es necesario hacerle la toilette.

Examen.—El enfermo parece no reconocer a las personas que se encuentran a su lado, no muestra ningún interés por lo que se hace a su alrededor. Guarda silencio la mayor parte del tiempo; cuando se le interroga responde a veces con un ruido gutural ininteligible, estereotipado. Según la familia, habría algunos momentos, sobre todo en la mañana, que pronuncia algunas palabras comprensibles. Parece no comprender las órdenes que se le dán, pero se deja colocar en la posición que se desee; presenta cierta tèndencia a conservar las actitudes tomadas, cuando se consigue que dé la mano, retiene la mano del médico largo rato.

La facies no muestra la atonía típica que se observa habitualmente en la parálisis general, pero sí cierto grado de flojedad. La actitud de los rasgos evoca la idea de euforia.

La marcha se hace con dificultad, a pequeños pasos, pero no hay perturbaciones de la fuerza, todos los movimientos se encuentran conservados. No hay alteraciones del tono. Existe ligero temblor digital. La escritura es temblorosa y desigual.

Los reflejos son vivos en los cuatro miembros. El reflejo plantar es normal. El "shadoc phenomenon" existe en ambos lados. No hay perturbaciones evidentes de la sensibilidad.

Existe desigualdad pupilar, la pupila derecha es más grande que la izquierda. El reflejo fotomotor está abolido en el lado derecho; en el lado izquierdo existe, pero es débil. La lengua presenta cierto grado de inestabilidad.

El examen somático muestra signos banales de senectud. El panículo adiposo se encuentra bien conservado. Los ruidos cardíacos son débiles. El pulso es regular. La tensión de 16— 9.

Un examen de orina no mostró nada anormal.

La úrea sanguínea es de 0.13.

El examen de líquido céfalo-raquídeo muestra: albúmina, 1 gr. por mil; linfocitos, 30 por mmc.; hematíes, 5 por mmc. La reacción de Wasserman es positiva. La reacción de Guillain es de 222222210000000. Pandy y Weichbrodt negativos. (El 4 Dic. 1936).

R. de Wassermann y de Kahn en la sangre positivas.

Antecedentes.—En los antecedentes personales nada importante, se ignora la época de contaminación. Casado dos veces, en el primer matrimonio tuvo cinco hijos, en el segundo quince gestaciones, de las cuales cuatro abortos. Once hijos viven actualmente.

En resumen, se trata de un enfermo luético, en el que se instalan a una edad avanzada trastornos de déficit mental que se acentúan rápidamente; presenta un estado de ánimo de forma depresiva, pero con la cual se intrincan algunos elementos eufóricos. El examen somático muestra signos de lúes nerviosa. El síndrome humoral de la parálisis general es completo.

Por definición, la parálisis general senil sobreviene a una edad avanzada. En la enferma de Marie, Chatagnon y Picard los síntomas aparecieron a la edad de 75 años; la observación de Moreira y Vianna concernía a un negro de 99 años; los enfermos de Rizzo y Guiraud tenían 80; la enferma de Leroy y Trelles, 70 años. Pero más característico que la sola edad, es el largo intervalo de tiempo que habitualmente se constata entre la época de contaminación y la aparición de los trastornos mentales, punto sobre el que han insistido diversos autores. En la enferma de Marie, Chatagnon y Picard el intervalo era de 55 años; en la de Leroy y Trelles de 46 años; sin embargo, lapsos tan largos no son muy frecuentes.

El carácter de los trastornos mentales bastante atípico, a la vez que la escasez de signos neurológicos, no permite a menudo precisar el diagnóstico, con los datos puramente clínicos, habitualmente se piensa en la demencia senil o arterio esclerosa. Con frecuencia la parálisis general senil es únicamente revelada por la punción lumbar o verificada en el examen anatómico. Sin embargo algunos caracteres de los síntomas pueden poner en la vía del diagnóstico exacto, si las perturbaciones no son características, en muchos casos su agrupación permite evocar la idea de parálisis general senil. Habitualmente se constata euforia acentuada, ideas de grandeza, hipertimia y sobre todo, en las observaciones mencionadas, se ha insistido sobre la frecuencia de las manifestaciones eróticas, palabras y gestos obcenos que pueden llegar hasta la masturbación.

Otra característica importante es la ausencia de signos neurológicos. En la enferma de Marie, Chatagnon y Picard las pupilas eran absolutamente normales, en el paciente de Marchand y en la enferma de Leroy y Trelles solo había temblor digital, una disartria de tipo no paralítico, las pupilas reaccionaban bien a la luz y a la acomodación.

En cambio el síndrome humoral en la sangre y en el líquido céfalo raquídeo es completo y se ha insistido sobre lo llamativo del hecho de encontrar signos humorales fuertemente positivos y netos, en procesos sifilíticos despertados tan largo tiempo después del accidente inicial.

La evolución es en general muy rápida, el proceso avanza de una manera progresiva, regular, hacia el desenlace fatal.

El cuadro que hemos observado concuerda en muchos aspectos con las nociones clásicas, sin embargo se debe señalar el carácter depresivo de las perturbaciones mentales, contrariamente a la euforia marcada que se ha observado en la mayor parte de los casos publicados, aspecto que quizás pueda explicarse por el choque afectivo y las circunstancias que precedieron las alteraciones mentales, sobre todo si se tiene en cuenta que a medida que las facultades intelectuales han ido perdiéndose, el cuadro depresivo se ha atenuado, siendo reemplazado por momentos, por un estado de ánimo eufórico, presentando así, a veces, el enfermo una intricación de ambos estados, carácter que se nota también en el tipo de sus brotes megalomaníacos, ha hecho grandes negocios, se ha sacado la lotería, pero todo le ha sido robado.

Esta observación confirma la importancia que tienen los signos eróticos en el cuadro; en efecto los primeros síntomas fueron de este tipo y lo que es más interesante, aparecieron en medio de un cuadro depresivo. Contrariamente a la mayor parte de observaciones aquí existen algunos signos neurológicos, pero sin embargo más ligeros que los que se constatan en los períodos avanzados de parálisis general tardía banal. Como es de regla el síndrome humoral era completo y realza su importancia como valor diagnóstico, el hecho de que en este caso como en muchos otros los facultativos que lo vieron precedentemente considerasen el caso como demencia senil. En cuanto a la edad, la del paciente corresponde a la edad avanzada señalada en las observaciones anteriores. En fin se debe señalar la rapidez de la evolución; los primeros trastornos mentales evidentes aparecieron en el mes de febrero, en agosto el cuadro, comportando elementos de déficit mental acentuados y signos neurológicos, estaba constituído.

Prof. Jorge Nicolai

Catedrático de Fisiología en la
Universidad de Chile

Influencia de la vista en la apreciación de pesos

Ya hace mucho, y no sólo en círculos psicológicos, que se conoce el fenómeno de que objetos de peso igual se juzgan más livianos cuanto mayor es su volumen.

Como en la apreciación del peso parecen participar entre los sentidos las sensaciones muscular, táctil y visual (1), se podría atribuir en sí la ilusión a un error de cada uno de ellos. Pero como el esfuerzo muscular que desde los trabajos de v. FREY se acusaba como el factor principal para nuestra apreciación de pesos, es evidentemente igual, sea el objeto grande o pequeño, quedan sólo la influencia táctil y óptica.

Con respecto al tacto se debe pensar que, en el objeto grande la presión se distribuye sobre una mayor superficie, por lo que está afectado un **mayor número** de puntos táctiles, de los cuales, sin embargo, cada uno sufre proporcionalmente **menor presión.** El fenómeno se explicaría, suponiendo que el tacto desempeñe, en general, un gran papel en la apreciación de pesos, y que la **intensidad** de la sensación

1) La observación, que ya ha hecho Weber, y que más tarde han comprobado varios autores (p. ej. Kiesow y Frey) de que también la temperatura influye y qué cuerpos fríos parecen más pesados, no se necesita considerar aquí, porque la temperatura era siempre la misma; además los pesos estaban exteriormente cubiertos con cartón pintados con color-aluminio.

influya más en nuestro juicio que su extensión. En este caso se trataría de una simple ilusión sensorial. (2).

Pero por lo común fisiólogos y psicólogos se inclinaban más bien a la opinión de que lo esencial fuese la intervención de la vista: con el gran objeto se espera un gran peso, se extraña por su pequeñez, y por contradicción se lo cree menor de lo que es (3). En este caso se trataría, al menos parcialmente, de una **ilusión psíquica**.

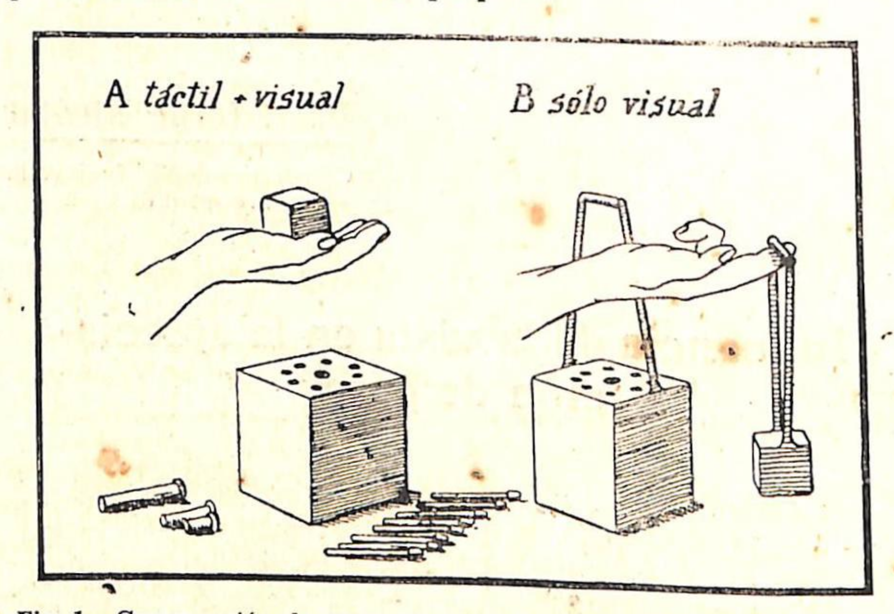


Fig. 1.—Comparación de pesos con y sin la intervención de sensaciones táctiles.

En fin, es también posible que intervengan causas objetivas (diferente resistencia del aire, diferencias por el principio de Arquímedes, en la velocidad de caída, etc.). Esta parte física, aunque ya de antemano se pueda decir que es mínima, parece existir; con la mayor diferencia de tamaño con que he trabajado, debería ser aproximadamente 6%.

La relación numérica de estas diferentes influencias se ignora, como igualmente la influencia que ejerce la relación de los volúmenes a comparar. En la forma que voy a describir, he ensayado de esclarecer la cuestión.

2) No en absoluto porque grandes cuerpos ofrecen mayor resistencia aérea. Pero esta influencia es descuidable (véase más tarde: influencia física).

3) La sugestión contraria, de que el cuerpo mayor parece más pesado se ha observado también, sobretodo en niños (Philippe et Clavié-re. —Dresslar,— Le Le). Pero esto ocurre sólo si los objetos son a todo respecto muy diferentes, y entonces las condiciones son muy complicadas. Con pesos, el meno- parece siempre más pesado.

Se comparaban cubos de diferente tamaño pero de peso igual. En el cubo mayor se habían practicado agujeros, en que se podían introducir varitas de plomo. Se introdujeron tantos, hasta que, al sujeto de experimentación, los dos cubos parecían iguales.

La comparación se hacía:

a) Poniendo al sujeto de experimentación los dos cubos, grande o pequeño, alternativamente sobre la palma de la misma mano, diciéndole de que mirara a sus manos (Fig. 1A). En este caso la comparación se podía hacer con el tacto y con la vista.

b) Levantando los dos cubos alternativamente con un dedo, por medio de una ansa (Fig. 1B). En este caso, siendo la impresión táctil en ambos casos igual, la diferencia en la estimación tenía que atribuirse únicamente a la diferente impresión óptica.

Se usaban dos juegos de cubos que tenían las siguientes dimensiones:

TABLA I. DIMENSIONES DE LOS PESOS USADOS:

Juego	Peso	LONGITUD		VOLUMEN		Peso en gramos
		en cm.	relación	en cm.	relación	
I	mayor....	12,0	4,5	1728	20	200
	menor....	2,67	1	19	1	
II	mayor....	10,0	2,5	1000	15	150
	menor....	2,5	1	64	1	

Las medidas se han hecho en 117 personas de las cuales 100 han ejecutado todas las comparaciones (las restantes 17 eran experiencias preparativas). Unicamente las últimas 100 se han considerado.

Los resultados eran, cualitativamente, casi en absoluto concordantes. En especial, entre las cien personas investigadas:

1) **Todos juzgaban los cubos menores más pesados que los mayores** (una excepción: un aviador juzgaba los del segundo juego **iguales**, cuando los juzgaba sólo ópticamente).

2) Todos (con excepción de una mujer) pidieron **un**

sobrepeso menor para la equilibración con los cubos que tenían la menor diferencia de volumen.

3) Todos (con excepción de dos estudiantes) pidieron un sobrepeso mayor para la comparación óptico-táctil que para la óptica sola.

Con respecto a los resultados 2 y 3 hay que mencionar que, en el comienzo, 7 experiencias con el juego II daban resultados contradictorios, pero esto, según pudo comprobarse, estaba debido a que no se manipulaba con los aros de un modo bastante idéntico. Corregido este defecto, los infractores a la regla desaparecieron completamente. En el cómputo general estos 7 casos se han contado; además no influyen sensiblemente en el promedio total.

Aunque así, cualitativamente, la uniformidad no deja nada que desear, cuantitativa y numéricamente los juicios personales difieren bastante, lo que no puede sorprender porque no es fácil formarse un juicio sobre la igualdad de peso, con objetos de difernte tamaño. Aún personas que, como vendedores en almacenes y carnicerías, saben bastante exactamente evaluar un kilo de arroz o de carne, cometen faltas de 100% y más: evidentemente no hacen sus evaluaciones profesionales por comparación directa sino rutinariamente: por hábito conocen las impresiones (de cualquier índole) que están ligadas a las cantidades que corresponden a un kilo de arroz, de harina, etc. No juzgan: esto pesa un kilo, sino: esto es tanto, cuanto yo sé que pesa un kilo.

Las diferencias individuales eran bastante grandes. Había personas a las que los cubos del juego I (relación: 1/4,5) no parecían iguales antes de haber aumentado el peso del cubo mayor de 200 a 650 g. Con esto, la relación de los pesos era de 1 : 3,25; en otras palabras, se habían añadido 225% de sobrepeso. El mínimo eran 50%.

La fig. 2 muestra las curvas de distribución de las cuatro series de comparaciones (cada una de 100 casos).

La aproximación acentuada a curvas normales de Gauss (las dos medianas coinciden casi por completo) indica por una parte que cien casos son suficientes para lograr un buen promedio, y por otra que, a este respecto, los hombres se comportan como masa homogénea, sin que un grupo especial (p. ej. el de los visuales) se destaque. Esto, naturalmente, no contradice la existencia de tal tipo, pero parece comprobar que se mezcla, por grados intermedios, insensiblemente con los demás: no es un tipo como los tipos sanguíneos, sino más bien como los hombres altos en la escala de los diferentes tamaños.

Pero no sólo que el juicio se equivoca muy diferentemente en diferentes personas, sino también la exactitud y

seguridad con que se dan los juicios individuales es escasa. El intervalo de incertidumbre, en que no se sabe bien, cual de los cubos pesa más, es grande. Si se repite con la mis-

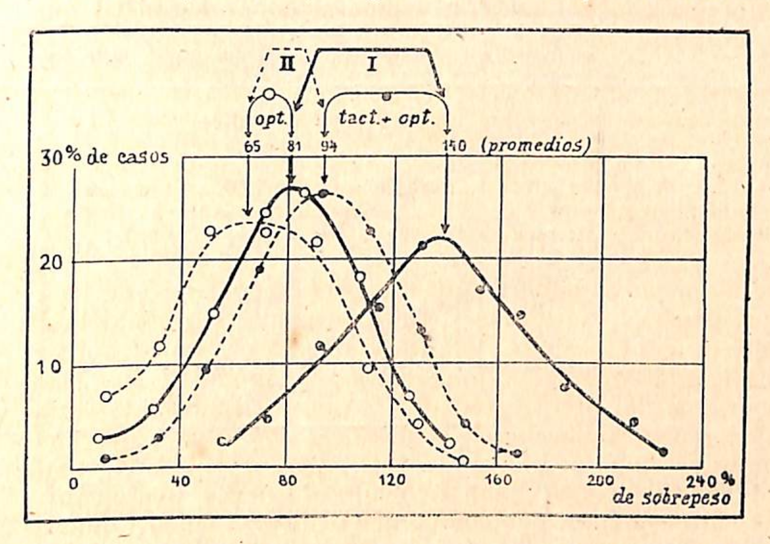


Fig. 2.—Curvas de distribución de los resultados de 400 comparaciones de peso.

Los puntos (comparación óptico-táctil) y los círculos (comparación sólo óptica) designan, igualados por ternos, la frecuencia con que han ocurrido los diferentes grados de equivocación (intervalos de cada vez 20% de peso). Las curvas son las más probables.

ma persona la comparación de pesos de objetos del mismo tamaño las diferencias no suelen ser mayores de un 3 o 4%, mientras aquí llegan hasta un 10 a 15%, y en personas torpes aún más.

De este modo, por ahora, importan únicamente los valores medios. Más tarde, una vez conocido lo normal, será quizás posible utilizar los juicios personales, p. ej., para averiguar los "visuales" frente a los "motores", etc.

En la tabla siguiente doy los promedios de grupos de veinte experiencias cada vez (el primer grupo comprende mis veinte primeras experiencias; el segundo los veinte siguientes, etc.) de modo que la comparación de los promedios permite formarse un juicio sobre el grado de exactitud del método. Para los promedios totales he añadido aún el error probable según Gauss; aunque no tenga en Biología un significado general, es un medio excelente para la comparación de la exactitud.

TABLA II. Sobrepeso que se necesitaba añadir al cubo mayor en %:

Grupos de 20	JUEGO I		JUEGO II	
	tacto + vista	sólo vista	tacto + vista	sólo vista
1	157 %	73 %	90 %	64 %
2	120 »	74 »	79 »	63 »
3	131 »	78 »	85 »	64 »
4	130 »	72 »	106 »	61 »
5	162 »	106 »	110 »	72 »
Suma de 10(	140,0	80,6	94,0	64,8
Error prob...	± 6,3	± 4,4	± 3,6	± 1,3

Más gráficamente se ven los resultados en la tabla III y en el cuadro correspondiente de la fig. 3.

TABLA III. Relación de los resultados con las dimensienes de los cubos y entre sí.

Efectuando la comparación	JUEGO I				JUEGO II			
	RELACIÓN		añadidura en %		RELACIÓN		añadidura en %	
	lineal	de volu.			lineal	de volu.		
En la manc tactil + vis	1 / 4 5	200 g / 480 g	140%	10(/ 5(	1 / 2,5	150 g / 292 g	5%	100 / 68
Con ansa Sólo visua	1 / 4,5	200 g / 361 g	80%		/ 2,5	150 g / 248 g	55%	

Se ve que la parte que corresponde a la equivocación óptica constituye 2/3 del total, la parte táctil sólo 1/3.

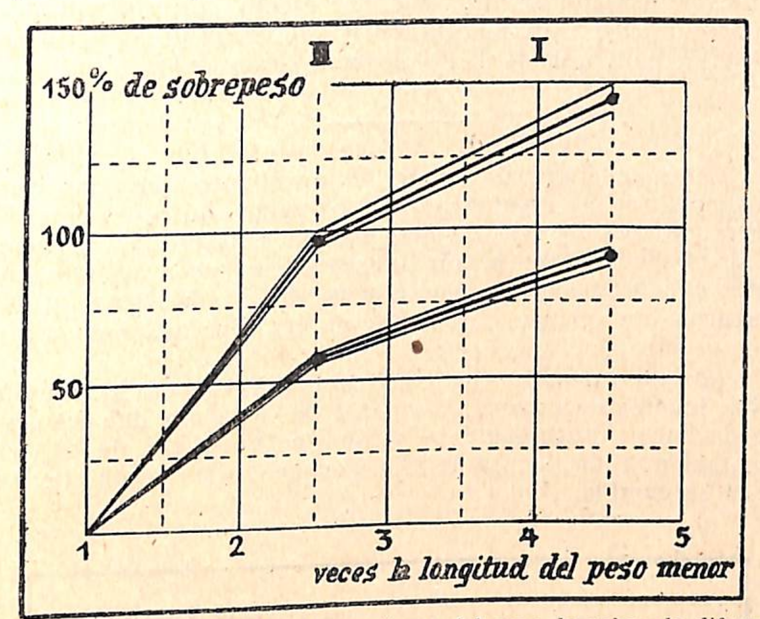


Fig. 3.—Promedio de 400 comparaciones del peso de cubos de diferentes tamaño.

Curva de arriba: por tacto y estimación óptica.
Curva de abajo: sólo por estimación óptica.
(Las líneas delgadas al lado de los promedios indican la magnitud del error medio, aproximadamente por 50% mayor que el error probable).

Parece por eso que **la ilusión a que sucumbimos en la estimación de pesos, se debe en su mayor parte a una ilusión psíquica y no a un efecto fisiológico sobre los puntos táctiles** (puntos de presión).

Si esta conclusión, sacada de la exclusión experimental del tacto, es justa, el caso contrario —con exclusión de lo visual, por hacer las comparaciones con los ojos cerrados, y tomando los pesos con las manos— debería dar un error que es sólo la mitad del error que se ha cometido en estas experiencias. Ensayos ocasionales parecen indicar que es realmente así. Pero no se han hecho hasta ahora experiencias sistemáticas.

Además se ve que en las curvas de la fig. 3 el error que cometemos debido a la diferencia del tamaño, crece en el comienzo más rápido. Evidentemente la curva del error es más proporcional a la longitud que al volumen.

En fin, quiero mencionar que experiencias especiales parecen comprobar que las influencias meramente físicas, de los cuales he hablado arriba, tienen un efecto, que, sin embargo es descuidable: para una diferencia de longitud de 1 : 2 sería=2%, para una de 1 : 4 sería=6%.

Estas experiencias parecen comprobantes para las conclusiones que he comunicado. Pero están, quizás, libres de ciertas fuentes de errores, que podrían evitarse. En especial es de sospechar que la añadidura de los pesos aditivos tuviera una influencia sugestiva y también con otro respecto perturbadora: el aspecto de los cubos con los pesos aditivos es otro que antes, etc.

Por tal razón me he construido un aparato que evita estas fuentes de errores, y en que la variación del peso, se puede hacer continuamente y sin que el sujeto de experimentación se da cuenta de ella, porque en los pesos mismos nada se cambia.

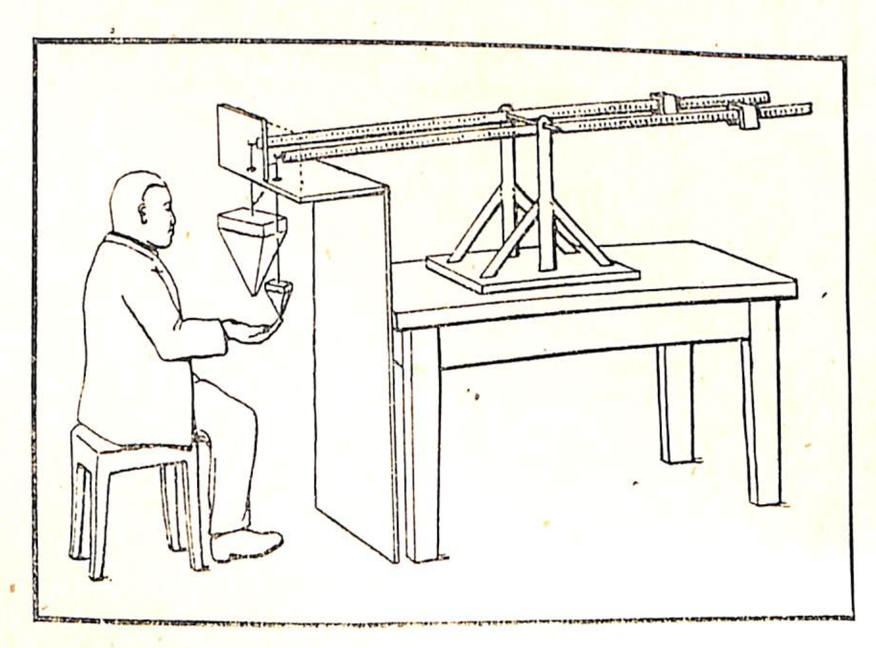


Fig. 4.—Aparato universal para la comparación de pesos.

El principio del aparato es simple:

Los pesos, como muestra la fig. 4, cuelgan en dos palancas, y su variación se efectúa por el deslizamiento de pesos corredores, como en una balanza romana. Pantallas y cortinas impiden que el sujeto de experimentación vea al-

go de las manipulaciones: él está sentado delante de los pesos que, fabricados de niquel, se destacan bien de un fondo oscuro, y los levanta siempre con el dedo índice, tocando a un pequeño botón que es rigurosamente idéntico.

Las experiencias, hechas con este aparato, que puede considerarse como un aparato universal para la comparación de pesos, hasta la fecha no son bastante numerosas para poder informar sobre ellas: quiero únicamente mencionar que los resultados concuerdan en general con los que he obtenido con los cubos, sólo que con la forma de los pesos, que muestra la figura, las diferencias son algo menores que las con los cubos. Si esto depende de la forma de los pesos o de otras circunstancias, lo demostrarán futuras experiencias.

Dr. Sebastián Lorente de Patrón

De Valparaíso

Lucha contra las toxicomanías

La asombrosa diseminación que en estos últimos tiempos, ha adquirido el uso de las drogas heroicas, hace, que una vez más, me ocupe de este grave problema, que envuelve un peligro formidable para el porvenir de nuestra raza.

No me guía el propósito de presentar un trabajo, sobre el tan debatido tema de la lucha contra las toxicomanías. Lo único que deseo es, que los que asistimos a estas Jornadas, aunemos nuestros esfuerzos para defender nuestras jóvenes nacionalidades, del flajelo que las amenaza, orientando dentro de una eficiente cooperación internacional la lucha contra las toxicomanías.

El opio, la morfina, la heroína, la cocaína y el éter, son las principales determinantes de las toxicomanías. Su enorme extensión después de la Guerra Mundial, ha hecho que llegue hasta las clases más modestas: obreros y campesinos y que su uso sea cada vez más frecuente en la adolecencia y en la primera juventud.

En medio de esta verdadera epidemia psíquica, con su cortejo de degeneraciones en el individuo, en la familia y en la raza, urge que se adopten medidas enérgicas, que detengan esta verdadera hecatombe social.

Casi todos los Congresos, de índole médico, sanitario, psiquiátrico y sociológico, han abordado este problema, sin resultados eficientes.

Organismos burocratizados y convencionalistas como la Liga de las Naciones, también han emprendido el estudio del control de los tóxicos; pero, apesar de sus minuciosas estadísticas, de sus eminentes técnicos y de sus acuciosos funcionarios, en este, como en casi todos los problemas de

que se ocupa la institución de Ginebra, más han podido los intereses creados, que las verdaderas conveniencias de la humanidad.

La Oficina Sanitaria Pan-Americana, al servicio de los intereses de los Estados Unidos de Norte América, nunca ha dejado de consignar, pomposamente, en el programa de sus Conferencias Sanitarias, el número consagrado a la lucha contra las toxicomanías.

Dichas conferencias más bien encaminadas a servir las conveniencias comerciales y sanitarias de Norte América y no han tenido más ventajas, que la de publicar un volumen, en el que figuren los discursos pronunciados, los trabajos presentados, las discusiones habidas y los votos aprobados.

Desde la primera Conferencia Sanitaria Pan-Americana, realizada en Washington hasta la novena verificada en Buenos Aires, han trascurrido más de seis lustros y en casi todas el problema ha sido planteado y abordado; pero, los resultados, san sido contrarios.

La toxicomanía ha aumentado considerablemente en América. Esto es debido a que el organismo que funciona en Washington, es un organismo decorativo, carente de fuerza moral y de medios de acción, que le permitan, gestionar con autoridad suficiente el cumplimiento, por los diferentes países americanos, de los acuerdos celebrados en las Conferencias Pan-Americanas.

Es por estas y otras múltiples observaciones recogidas en mi larga experiencia como profesional, como ex-funcionario y como neuro-psiquiatra, que considero que es, en esta clase de reuniones, en donde deben abordarse estos problemas, tan íntimamente ligados con el porvenir de nuestras nacionalidades.

Es por eso, que nosotros, con un concepto cabal de la psicología de nuestros medios debemos llevar a cabo la lucha contra las toxicomanías con eficiente unidad de acción.

Estamos reunidos en una actuación científicamente diferenciada, compenetrados de nuestros deberes y de nuestras responsabilidades como especialistas, de modo, que es necesario y preciso que llevemos a cabo una mutua cooperación internacional.

Si la obra de cooperación entre los países es de benéficos resultados, en la lucha contra los diversos factores que perturban la obra del progreso y de la civilización, lo sería mucho más si se unificara en la lucha contra las toxicomanías.

Triste es confesar que en este sentido, la cooperación internacional no ha actuado con el vigor necesario. Precisa pues, que la lucha contra las toxicomanías sea llevada a ca-

be en cada país, con unidad de criterio, dentro de una eficiente cooperación internacional.

En vista de las razones expuestas y teniendo en cuenta el grave peligro que para los países del continente americano, por su fácil difusión y por sus efectos desastrosos sobre la raza tienen los tóxicos, propongo el siguiente voto:

Las Primeras Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico, piden en forma especial a los Gobiernos de los diversos Estados de América, el que establezcan una organización eficiente para la defensa social contra las toxicomanías, llevando a cabo medidas profilácticas, asistenciales, ficcalizadoras y represivas sobre las bases siguientes:

A).—La profilaxia deberá realizarse por medio de una labor cultural de las masas acerca de los peligros del uso de los tóxicos.

En esta campaña preventiva contra las toxicomanías, corresponde papel primordial, a los servicios de propaganda y a los dispensarios de las Ligas de Higiene Mental, en las que se debe aconsejar, orientar y atender a los predispuestos psíquicos, a los débiles, a los que se encuentran en condiciones de inferioridad mental pasajera o definitiva.

La profilaxia tiene dentro de este sector su máximun de acción, pues los toxicómanos comprometen el porvenir de la raza, y aumentan la población de los hospitales, asilos y presidios.

B).—Declaración y asistencia obligatoria de los toxicómanos en establecimientos especiales, controlados por el Estado, y a cargo de médicos especialistas.

La declaración es el único medio eficaz para hacer la asistencia precoz, permitiendo descubrir al toxicómano. La asistencia debe ser obligatoria porque el toxicómano es incapaz de dirigirse en la lucha por la vida. Es además elemento de desorden, de degradación social y de diseminación de los tóxicos.

C).—Reducción del cultivo, fabricación y venta de los tóxicos, limitándolo a las necesidades terapéuticas. La producción mundial de drogas heroicas, es superior a las necesidades de orden médico, gran parte de los toxicómanos hacen uso del exceso de drogas las que encuentran en el comercio ilegítimo, hecho por traficantes que burlan fronteras, aduanas y leyes.

Sólo, por medio de un convenio y de una cooperación internacional eficiente, se podrá llegar a la limitación de la producción y consumo de los tóxicos.

D).—Legislación especial en cada país, lo que con un criterio de cooperación internacional, sirva de norma legal

para los procedimientos que deben llevarse a la práctica en la lucha contra las toxicomanías.

Ella debe señalar las normas para la declaración y asistencia obligatoria de los toxicómanos.

La declaración deberá ser hecha por el médico llamado a prestar servicios, por cualquier miembro de la familia o por las autoridades.

La asistencia obligatoria deberá ser hecha en establecimientos especiales a cargo de personal especializado a fin de poder emplear una terapéutica eficaz.

Dispondrá asimismo la ley la persecusión implacable del comercio clandestino de drogas y la clasificación y empadronamiento de los toxicómanos.

Las disposiciones legales y fiscalizadoras deberán basarse también en la cooperación internacional para controlar la venta de drogas y para no permitir el ingreso de toxicómanos al territorio de cada país.

Finalmente precisa establecer de modo especial que el problema de la lucha contra las toxicomanías es un problema médico y que debe ser resuelto únicamente por los médicos especialistas. Que en su solución debe terminar la intervenciencia de diplomáticos, de estadistas, de los industriales y de los expertos en derecho internacional; que sólo han propuesto hasta hoy, o proyectos irrealizables, o enfóricos dictámenes, o se han perdido, en absurdas discusiones, sin beneficio para la humanidad.

Dr. Lorenzo Glasinovic Cordero

Laboratorista del Manicomio Nacional

La reacción de Takata-ara en el líquido céfalo-raquídeo de las afecciones mentales

Entre las reacciones de tipo coloidal más sencillas que se verifican en el L. C. R., figura la de Takata-Ara.

Fué dada a conocer en 1925 por los investigadores japoneses Takata y Ara, y según ellos, sería una reacción específica de la metasífilis y de las meningitis.

Esta reacción se nos muestra como un indicador bastante sensible en el examen del L. C. R., y permite diagnosticar entre un 80 y un 90% de las afecciones metasifilíticas. Coincide en su positividad en la gran mayoría de los casos con la reacción de Wassermann, y siempre, con las reacciones coloidales de Mastic y Lange.

En los casos en que están lesionadas las meninges (meningo-mielitis específicas) se obtiene siempre una reacción positiva.

En las meninguitis en general, da resultados positivos en gran porcentaje de los casos.

Cuando el líquido céfalo-raquídeo está mezclado con sangre, no tiene valor la positividad que se observa, aun cuando se le centrifugue inmediatamente.

Como se trata de una reacción de técnica simple, fácilmente practicable, y cuyos resultados son muy frecuentemente exactos, nos permite recomendarla para su práctica no solamente en las Clínicas Neuropsiquiátricas, sino en todos los hospitales.

Técnica de la reacción.

Reactivos.—Solución de fucsina al 0,02%.
Solución de sublimado al 0,5%.
Carbonato Sodio al 10%.

En la preparación de los reactivos debe usarse agua destilada o bi-destilada, y éstos deben ser puros (Merk) y no puede utilizarse una fucsina ácida. Conviene renovar las soluciones madres cada tres meses.

Para ejecutar esta reacción se procede de la siguiente manera:

A 1 cc. de L. C. R., se le agrega una gota de la solución de carbonato de sodio al 10% y se agita; en seguida 0,3 cc. de una mezcla a partes iguales de la solución de fucsina al 0,02% y sublimado al 0,5%. Se agita fuertemente.

Al mezclar el L. C. R. con el reactivo fucsina sublimado, toma una coloración azul violeta; si no hay L. C. R. suficiente, se puede practicar la reacción con 0,5 cc., solución de carbonato al 5% y 0,15 cc. de la mezcla fucsina-sublimado.

Se pueden observar los siguientes **grados de la reacción**:

1) **Reacción negativa**, coloración **azul violeta** inalterable; no hay floculación.

2) **Reacción positiva** (tipo léutico), **floculación rápida**, casi instantánea, que avaluada en cruces plede ser según su intensidad + — + + — + + +. En estos casos se forma un **floculado azul** violeta que se va al fondo del tubo y por encima queda un líquido claro como el agua. Este tipo de reaccin se observa siempre en los líquidos de sifilíticos, coincidiendo con el Wassermann + + +; en algunos casos suele obtenerse una reacción tardía, con finísima floculación a las 12 ó 24 horas, tipo +. Pero podemos decir que esto es muy raro en los líquidos céfalo-raquídeos de sifilíticos con Wassermann + + +, en donde la floculación es inmediata.

3) **Reacción de tipo meningítico**, coloración **rosada**, cuya intensidad puede variar de +, + +, a + + +; no hay floculación.

4) **Reacción de tipo mixto**; en ciertos casos de meningitis y parálisis general progresiva, se ha descrito esta reacción de tipo mixto, es decir, que el L. C. R. permanece **rosado** y se produce una **floculación** de mayor o menor intensidad. Para expresarla se emplean los signos correspondientes. Así, pues, un resultado H + + + I +, indicará una coloración roja intensa con escasa floculación.

Takata y Ara, han obtenido una floculación intensa (-|- -|- -|-) en el 97,5% de los casos de sífilis nerviosa.

Hay autores como Münzer, que han obtenido floculaciones de distinto grado en los líquidos céfalo-raquídeos de traumatismos craneanos, tumores cerebrales y esclerosis en placas.

La reacción de Takata-Ara no es una reacción específica (Krum), pero da los mismos resultados positivos que el Wassermann en L. C. R.

Respecto al **mecanismo de la reacción**, hay algunas teorías que están todavía en discusión.

La mezcla fucsina sublimado en un **medio alcalino**, tiene una coloración **violeta**; en **medio ácido**, tiene un color **rosado.**

Una reacción de tipo meningítico, se produce porque el L. C. R. investigado (proteínas, iones, ácidos), fijan todo el carbonato agregado, y el medio continúa siendo ácido. En las parálisis general progresiva y en el L. C. R. normal, las proteínas del líquidos no son suficientes para fijar todo el carbonato, entonces el medio es alcalino y el color vira al violeta azulado.

La floculación puede, pues, producirse tanto en la zona ácida (tipo mixto), como en la alcalina (tipo luético); es función de la **calidad de las proteínas** del L. C. R.

De estas proteínas, son las **globulinas** las que favorecen la floculación al máximo.

En el Laboratorio Clínico del Manicomio Nacional, hemos experimentado esta reacción en los L. C. R. de casi todas las afecciones neuro-psiquiátricas. Los resultados y conclusiones, van expuestos más adelante.

NOMBRES		**Diagnóstico**	**Takata-Ara**	**Wassermann**
1	F. V.	Epilepsia	—	—
2	J. B.	Epilepsia	—	—
3	D. P.	P. M. D.	—	—
4	M. C.	Conf. Mental . . .	—	—
5	C. P.	P. M. D.	—	—
6	Z. M.	Debilidad Mental .	—	—
7	M. H.	P. M. D.	—	—
8	C. R.	P. de Involución .	—	—
9	E. D.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
10	E. K.	Demencia Precoz .	—	—
11	R. L.	Delirio Alcohólico .	—	—
12	L. F.	Psicosis Tóxica . .	—	—
13	M. F.	Epilepsia	—	—
14	G. G.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
15	R. M.	Demencia Orgánica	—	—

NOMBRES		Diagnóstico	Takata-Ara	Wassermann
16	R. G.	Tumor Cerebral . .	—	—
17	R. A.	Histeria	—	—
18	J. C.	Epilepsia	—	—
19	E. E.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
20	A. C.	P. de Involución .	—	—
21	A. E.	Conf. Mental . . .	—	—
22	N. S.	Demencia Precoz .	—	—
23	M. I.	Epilepsia	—	—
24	J. M.	Delirio Crónico . .	—	—
25	C. C.	P. de Involución .	—	—
26	B. N.	P. M. D.	—	—
27	D. G.	Demencia Precoz .	—	—
28	M. N.	Demencia Precoz .	—	—
29	C. V.	Epilepsia	—	—
30	P. del P.	Demencia Orgánica	—	—
31	L. Z.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
32	E. T.	Demencia Precoz .	—	—
33	A. N.	P. M. D.	—	—
34	V. C.	Epilepsia	—	—
35	M. de la V.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
36	M. J.	P. de Involución .	—	—
37	P. B.	Demencia Precoz .	—	—
38	G. Ch.	Demencia Precoz .	—	—
39	B. S.	Demencia Orgánica	—	—
40	B. G.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
41	R. P.	Demencia Precoz .	—	—
42	D. R.	Epilepsia	—	—
43	C. R.	Alcoholismo	—	—
44	F. M.	Histeria	—	—
45	T. F.	Melancolía	—	—
46	B. E.	P. de Involución .	—	—
47	M. de la G.	Debilidad Mental .	—	—
48	F. A.	Demencia Orgánica	—	—
49	A. P.	Conf. Mental . . .	—	—
50	F. T.	Epilepsia	—	—
51	T. R.	Epilepsia	—	—
52	D. S. M.	Demencia Senil . .	—	—
53	C. C.	Debilidad Mental .	—	—
54	A. J.	Demencia Precoz .	—	—
55	D. R.	Conf. Mental . . .	—	—
56	C. A.	Psicosis Tóxica . .	—	—
57	J. E.	Demencia Precoz .	—	—
58	J. G.	Alcoholismo	—	—
59	L. del C. F.	Demencia Precoz .	—	—
60	G. G.	Demencia Orgánica	—	—
61	R. A.	Delirio Crónico . .	—	—

NOMBRES		Diagnóstico	Takata-Ara	Wassermann
62	R. O.	Epilepsia	—	—
63	T. V.	Demencia Orgánica	—	—
64	R. del V.	Demencia Precoz .	—	—
65	A. T.	Conf. Mental . . .	—	—
66	M. S.	Epilepsia	—	—
67	Z. S.	P. G. P.	+ + +	+ + +
68	I. V.	Demencia Precoz .	—	—
69	U. R.	Demencia Precoz .	—	—
70	M. C.	Demencia Precoz .	—	—
71	E. B.	Demencia Precoz .	—	—
72	E. V.	Demencia Precoz .	—	—
73	M. D.	Demencia Precoz .	—	—
74	M. I.	P. M. D.	—	—
75	G. del V.	Epilepsia	—	—
76	F. C.	Demencia Precoz .	—	—
77	A. H.	Demencia Senil . .	—	—
78	G. G.	Epilepsia	—	—
79	L. C.	Epilepsia	—	—
80	F. T.	P. G. P. Malarizada	—	—
81	M. C.	P. G. P.	+ + +	+ + +
82	R. V.	Demencia Precoz .	—	—
83	M. C.	Demencia Orgánica	—	—
84	A. C.	Delirio Crónico . .	—	—
85	H. G.	P. M. D.	—	—
86	R. S. R.	Deg. Mental . . .	—	—
87	B. V.	Epilepsia	—	—
88	L. L.	Epilepsia	—	—
89	R. G.	P. G. P. Malarizada	—	—
90	A. P.	Alcohol. Crónico .	—	—
91	M. F.	Epilepsia	—	—
92	L. M.	Alcoholismo	—	—
93	L. S.	Demencia Precoz .	—	—
94	R. F.	Alcoholismo	—	—
95	B. R.	Delirio Crónico . .	—	—
96	A. J. L.	Demencia Precoz .	—	—
97	M. Q.	Conf. Mental . . .	—	—
98	L. R.	P. G. P.	+ + +	+ + +
99	L. G.	Alcoholismo	—	—
100	N. N.	Demencia Precoz .	—	—
101	A. G.	Demencia Orgánica	—	—
102	F. D.	Delirio Crónico . .	—	—
103	P. O.	Debilidad Mental .	—	—
104	E. U.	Demencia Precoz .	—	—
105	V. M.	Demencia Precoz .	—	—
106	L. H.	Epilepsia	—	—
107	J. G.	Demencia Precoz .	—	—

NOMBRES		Diagnóstico	Takata-Ara	Wassermann
108	M. B.	Demencia Precoz .	—	—
109	M. C.	Demencia Senil . .	—	—
110	A. P.	P G. P.	+ + +	+ + +
111	M. B.	Delirio Crónico . .	—	—
112	A. A.	P. G. P.	+ + +	+ + +
113	F. H.	Alcohol. Crónico .	—	—
114	R. A.	Epilepsia	—	—
115	B. M.	Epilepsia	—	—
116	J. C.	Demencia Precoz .	—	—
117	J. S.	Demencia Precoz .	—	—
118	M. R.	Demencia Senil . .	—	—
119	R. M.	Alcoholismo	—	—
120	V. S.	Epilepsia	—	—
121	T. S.	P. G. P.	+ + +	+ + +
122	A. de la F.	P. G. P.	+ + +	+ + +
123	P. T.	P. G. P.	+ + +	—
124	J. H.	P. G. P. Malarizada	—	—
125	V. M. C.	Epilepsia, Lúes . .	+ + +	—
126	M. G.	Delirio Crónico . .	—	—
127	J. C.	P. G. P.	+ + +	—
128	J. C.	P. G. P.	+ + +	+ + +
129	R. G.	P. M. D.	—	—
130	F. U.	P. G. P.	+ + +	+ + +
131	F. B.	P. G. P. Malarizada	—	—
132	G. D.	Demencia Precoz .	—	—
133	H. de la R.	Epilepsia	—	—
134	E. B.	Delirio Tóxico . .	—	—
135	A. B.	Demencia Precoz .	—	—
136	B. B.	P. G. P.	+ + +	+ + +
137	P. B.	Psicosis Tóxica . .	—	—
138	R. W.	Demencia Senil . .	—	—
139	J. T. V.	Delirio Crónico . .	—	—
140	A. G.	P. M. D.	—	—
141	J. G.	P. G. P.	+ + +	+ + +
142	E. P.	Alcoholismo	—	—
143	E. G.	P. G. P.	+ + +	+ + +
144	S. T.	Delirio Crónico . .	—	—
145	J. B. N.	P. G. P.	+ + +	+ + +
146	C. A.	Alcoholismo	—	—
147	R. O.	P. G. P.	+ + +	+ + +
148	H. J.	P. G. P. Malarizada	—	—
149	O. H.	P. G. P.	+ + +	+ + +
150	C. H.	Epilepsia	—	—
151	P. G.	P. G. P.	+ + +	+ + +
152	A. H.	Conf. Mental . . .	—	—
153	J. L.	P. de Involución .	—	—

	NOMBRES	Diagnóstico	Takata-Ara	Wassermann
154	A. V.	Debilidad Mental .	—	—
155	H. O.	Alcoholismo	—	—
156	A. G.	P. M. D.	—	—
157	E. V.	Epilepsia	—	—
158	S. R.	P. G. P.	+ + +	+ + +
159	M. N.	Debilidad Mental .	—	—
160	H. G.	Conf. Mental . . .	—	—
161	J. M. C.	Alcoholismo	—	—
162	J. B.	Epilepsia	—	—
163	S. C.	P. G. P.	+ + +	+ + +
164	M. T.	P. G. P. Malarizada	—	—
165	A. 2.º R.	Alcoholismo	—	—
166	E. B.	P. G. P.	+ + +	+ + +
167	H. A.	Epilepsia	—	—
168	A. V.	Delirio Crónico . .	—	—
169	L. A.	P. G. P.	+ + +	+ + +
170	S. R.	Debilidad Mental .	—	—
171	J. B.	Mening-Miel-Luét. .	+ + +	—
172	C. A.	Epilepsia	—	—
173	B. C.	Psicastenia	—	—
174	C. S.	Tumor Cerebral . .	—	—
175	I. H.	Neurosis	—	—
176	G. D.	Alcoholismo	—	—
177	A. G.	Hidrocefalia	—	—
178	S. B.	P. G. P.	+ + +	—
179	D. P.	Histeria	—	—
180	P. V.	P. G. P.	+ + +	+ + +
181	R. C.	Demencia Precoz .	—	—
182	F. V.	Epilepsia	—	—
183	E. A.	Hidrocefalia . . .	—	—
184	R. B.	Debilidad Mental .	—	—
185	H. V.	Epilepsia	—	—
186	R. U.	Hidrocefalia . . .	—	—
187	L. G.	Epilepsia	—	—
188	M. O.	P. G. P.	+ + +	+ + +
189	A. G.	Tabo-Parálisis . . .	+ + +	+ + +
190	F. M.	Idiocía	—	—
191	M. A.	Demencia Precoz .	—	—
192	A. M.	P. G. P.	+ + +	+ + +
193	J. T.	Debilidad Mental .	—	—
194	C. L.	Corea	—	—
195	I. P.	Tabo-Parálisis . . .	+ + +	+ + +
196	R. H.	Idiocía	—	—
197	W. R.	Epilepsia	—	—
198	R. S.	P. G. P.	+ + +	+ + +
199	W. S.	Epilepsia	—	—

NOMBRES		Diagnóstico	Takata-Ara	Wassermann
200	S. G.	Psicastenia	—	—
201	G. Y.	Debilidad Mental .	—	—
202	R. C.	Epilepsia	—	—
203	H. B.	Epilepsia	—	—
204	T. R.	Corea	—	—
205	J. E.	Epilepsia	—	—
206	H. G.	Epilepsia	—	—
207	J. T.	P. G. P. Juvenil .	+ + +	+ + +
208	F. L.	Corea	—	—
209	M. D.	Epilepsia	—	—
210	E. C.	Delirio Crónico . .	—	—
211	E. J.	P. G. P.	+ + +	+ + +
212	G. M.	P. M. D.	—	—
213	E. T.	P. G. P. Malarizada	—	—
214	V. F.	P. G. P.	+ + +	+ + +
215	B. V.	Epilepsia	—	—
216	L. P.	P. M. D.	—	—
217	W. A.	P. G. P.	+ + +	+ + +
218	E. U.	Delirio Crónico . .	—	—
219	L. H.	Epilepsia	—	—
220	O. G.	Psicosis Tóxica . .	—	—
221	O. A.	Demencia Precoz .	—	—
222	J. S.	P. G. P.	+ + +	+ + +
223	A. A.	Alcoholismo	—	—
224	N. P.	Epilepsia	—	—
225	R. M.	Demencia Precoz .	—	—
226	V. C.	Demencia Precoz .	—	—
227	E. A.	P. G. P.	+ + +	+ + +
228	A. A.	P. G. P.	+ + +	+ + +
229	J. G.	P. G. P.	+ + +	+ + +
230	O. E.	P. de Involución .	—	—
231	F. L.	P. G. P.	+ + +	+ + +
232	F. M.	P. G. P.	+ + +	+ + +
233	H. D.	P. G. P.	+ + +	+ + +
234	P. T.	P. G. P. Malarizada	—	—
235	A. M.	P. G. P.	+ + +	+ + +
236	J. H.	P. G. P.	+ + +	+ + +
237	P. R.	Demencia Precoz .	—	—
238	R. E.	Delirio Crónico . .	—	—
239	N. G.	P. G. P.	+ + +	+ + +
240	J. B. F.	P. G. P.	+ + +	+ + +
241	A. G.	Demencia Precoz .	—	—
242	J. M.	P. de Involución .	—	—
243	T. C.	P. G. P.	+ + +	+ + +
244	A. V.	P. G. P.	+ + +	+ + +
245	L. C.	P. G. P.	+ + +	+ + +

	NOMBRES	Diagnóstico	Takata-Ara	Wassermann
246	G. F.	Epilepsia	—	—
247	A. O.	P. G. P.	+ + +	+ + +
248	R. B.	P. G. P.	+ + +	+ + +
249	... S.	Demencia Precoz .	—	—
250	J. F.	P. G. P.	+ + +	+ + +
251	L. P.	Alcoholismo	—	—
252	G. C.	Alcoholismo	—	—
253	O. T.	P. G. P. Juvenil .	+ + +	+ + +
254	F. B.	Psicosis Tóxica . .	—	—
255	B. T.	P. G. P.	+ + +	+ + +
256	B. A.	Epilepsia	—	—
257	P. 2.º L.	Alcoholismo	—	—
258	D. P.	Epilepsia	—	—
259	R. M.	Alcoholismo	—	—
260	P. N. G.	P. G. P.	+ + +	+ + +
261	N. L.	P. M. D.	—	—
262	R. J.	P. G. P.	+ + +	+ + +
263	M. H.	Epilepsia	—	—
264	F. B.	Melancolía	—	—
265	L. R.	Epilepsia	—	—
266	M. P.	Psicosis Tóxica . .	—	—
267	E. R.	Demencia Precoz .	—	—
268	F. M. C.	P. G. P.	+ + +	+ + +
269	A. A.	Debilidad Mental .	—	—
270	C. A.	Psicosis Tóxica . .	—	—
271	B. L.	Psicosis Tóxica . .	—	—
272	H. P.	Psicosis Tóxica . .	—	..
273	P. D.	Degeneración Mental	—	—
274	F. V.	P. M. D.	—	—
275	E. V.	Epilepsia	—	—
276	L. Y.	P. G. P.	+ + +	+ + +
277	G. F.	Alcoholismo	—	—
278	J. M.	Lúes Espinal . . .	+ + +	+ + +
279	R. G.	Epilepsia	—	—
280	J. Z.	Epilepsia	—	—
281	A. R.	P. G. P.	+ + +	+ + +
282	I. Ll.	Delirio Crónico . .	—	—
283	A. D.	P. G. P. Malarizada	—	—
284	R. T.	P. G. P.	+ + +	+ + +
285	E. G.	P. G. P. Malarizada	—	—
286	P. D.	P. G. P.	+ + +	+ + +
287	O. S.	Epilepsia	—	—
288	C. L.	Epilepsia	—	—
289	M. S.	Alcoholismo	—	—
290	R. G.	P. G. P.	+ + +	+ + +
291	L. O.	P. G. P.	+ + +	+ + +

NOMBRES		Diagnóstico	Takata-Ara	Wassermann
292	I. D.	Locura Moral . . .	—	—
293	J. F.	Demencia Precoz .	—	—
294	D. F.	P. G. P.	+ + +	+ + +
295	F. N.	Demencia Precoz .	—	—
296	F. S.	Demencia Precoz .	—	—
297	H. P.	P. G. P.	+ + +	+ + +
298	E. S.	P. G. P.	+ + +	+ + +
299	E. Ch.	P. G. P.	+ + +	+ + +
300	L. W.	P. G. P.	+ + +	+ + +
301	E. U.	Psicosis Tóxica . .	—	—
302	E. D.	Demencia Precoz .	—	—
303	S. S.	Tumor Cerebral . .	—	—
304	J. V.	Melancolía	—	—
305	J. T.	Psicosis Toxica . .	—	—
306	L. R.	Psicosis Tóxica . .	—	—
307	A. M.	Demencia Precoz .	—	—
308	M. M.	Psicosis Toxica . .	—	—
309	O. B.	Demencia Senil . .	—	—
310	J. H.	P. G. P.	+ + +	+ + +
311	F. F.	Demencia Precoz .	—	—
312	B. B.	P. G. P.	+ + +	+ + +
313	R. A.	P. G. P.	+ + +	+ + +
314	M. S.	Demencia Precoz .	—	—
315	L. S.	Melancolía	—	—
316	M. L.	P. M. D.	—	—
317	E. S.	P. de Involución .	—	—
318	A. M.	Demencia Precoz .	—	—
319	T. G.	P. M. D.	—	—
320	G. A.	Demencia Precoz .	—	—
321	E. M.	Demencia Precoz .	—	—
322	M. H.	Epilepsia	—	—
323	M. R.	Demencia Senil . .	—	—
324	U. G.	Demencia Precoz .	—	—
325	A. R.	Demencia Senil . .	—	—
326	M. L.	Demencia Precoz .	—	—
327	A. V.	Delirio Crónico . .	—	—
328	M. C.	Debilidad Mental .	—	—
329	L. F.	Demencia Precoz .	—	—
330	L. G.	Debilidad Mental .	—	—
331	C. M.	Delirio Crónico . .	—	—
332	T. P.	P. M. D.	—	—
333	B. M.	Demencia Precoz .	—	—
334	S. N.	Demencia Precoz .	—	—
335	E. M.	Debilidad Mental .	—	—
336	S. V.	P. G. P.	+ + +	+ + +
337	E. A.	Epilepsia	—	—

	NOMBRES	Diagnóstico	Takata-Ara	Wassermann
338	D. L.	Demencia Orgánica	—	—
339	M. J.	Delirio Crónico . .	—	—
340	M. L. S.	Psicosis Tóxica . .	—	—
341	B. S.	P. M. D.	—	—
342	B. S.	Demencia Precoz .	—	—
343	M. Ch.	Demencia Precoz .	—	—
344	A. P.	Demencia Orgánica	—	—
345	E. L.	Demencia Orgánica	—	—
346	E. C.	P. M. D.	—	—
347	T. M.	P. M. D.	—	—
348	A. M.	Demencia Precoz .	—	—
349	A. R.	Demencia Precoz .	—	—
350	E. C.	Epilepsia	—	—
351	M. D.	Histeria	—	—
352	J. B.	Conf. Mental . . .	—	—
353	J. R. J.	Demencia Precoz .	—	—
354	L. A.	Demencia Precoz .	—	—
355	G. S.	Demencia Precoz .	—	—
356	F. N.	Demencia Precoz .	—	—
357	E. V.	Demencia Precoz .	—	—
358	C. P.	Demencia Precoz .	—	—
359	C. N.	Demencia Precoz .	—	—
360	C. O.	Delirio Crónico . .	—	—
361	N. M.	P. de Involución .	—	—
362	E. M.	Demencia Precoz .	—	—
363	Z. D.	Demencia Precoz .	—	—
364	M. B.	P. M. D.	—	—
365	M. D.	Alcoholismo	—	—
366	C. A.	Demencia Precoz .	—	—
367	M. J.	Demencia Precoz .	—	—
368	E. M.	Demencia Precoz .	—	—
369	A. B.	P. G. P. Malarizada	—	—
370	J. C.	Demencia Orgánica	—	—
371	S. G.	Locura Moral . . .	—	—
372	E. H.	Conf. Mental . . .	—	—
373	A. C.	Demencia Precoz .	—	—
374	R. O.	Delirio Cronico . .	—	—
375	F. B.	P. G. P. Malarizada	—	—
376	J. P.	P. G. P. Malarizada	—	—
377	M. G.	Demencia Precoz .	—	—
378	A. A.	P. G. P.	+ + +	+ + +
379	A. E.	Encef. Letárgica . .	—	—
380	J. L.	P. G. P.	+ + +	+ + +
381	A. H.	Demencia Precoz .	—	—
382	L. M.	P. M. D.	—	—
383	C. O.	Demencia Precoz .	—	—

NOMBRES		Diagnóstico	Takata-Ara	Wassermann
384	J. R.	Demencia Precoz .	—	—
385	R. T.	Demencia Precoz .	—	—
386	E. S.	Delirio Crónico . .	—	—
387	J. L.	Demencia Precoz .	—	—
388	J. P.	P. G. P.	+ + +	+ + +
389	T. M.	Demencia Precoz .	—	—
390	M. G.	Delirio Crónico . .	—	—
391	J. L.	Demencia Precoz .	—	—
392	F. G.	Alcoholismo	—	—
393	M. P.	P. G. P.	+ + +	+ + +
394	E. M.	Demencia Precoz .	—	—
395	E. P.	Demencia Precoz .	—	—
396	R. G.	P. G. P. Malarizada	—	—
397	D. S.	P. G. P. Malarizada	—	—
398	P. P.	Alcoholismo	—	—
399	R. A.	Idiocía	—	—
400	E. R.	Demencia Precoz .	—	—
401	D. C.	Psicosis Toxica . .	—	—
402	J. T.	Demencia Senil . .	—	—
403	C. C.	P. M. D.	—	—
404	S. S.	Psicosis Tóxica . . .	—	—
405	I. C.	Demencia Precoz .	—	—
406	H. R	Alcoholismo	—	—
407	M. H.	Demencia Precoz .	—	—
408	T. H.	Demencia Precoz .	—	—
409	E. M.	P. M. D.	—	—
410	L. P.	P. M. D.	—	—
411	J. M.	Demencia Senil . .	—	—
412	G. T.	Alcoholismo	—	—
413	J. S.	P. G. P.	+ + +	+ + +
414	S. R.	Epilepsia	—	—
415	J. G.	Alcoholismo	—	—
416	P. S.	Demencia Precoz .	—	—
417	J. F.	Epilepsia	—	—
418	O. M.	Demencia Precoz .	—	—
419	M. S.	Conf. Mental . . .	—	—
420	D. J.	Demencia Precoz .	—	—
421	A. A.	Delirio Crónico . .	—	—
422	T. A.	Demencia Precoz .	—	—
423	A. M.	Demencia Precoz .	—	—
424	R. C.	Demencia Precoz .	—	—
425	J. F.	Delirio Crónico . .	—	—
426	D. P.	Demencia Senil . .	—	—
427	P. N.	Tabo-Parálisis . . .	+ + +	—
428	E. M.	Conf. Mental . . .	—	—
429	A. B.	Epilepsia	—	—

	NOMBRES	Diagnóstico	Takata-Ara	Wassermann
430	F. V.	Psicosis Tóxica . .	—	—
431	M. C.	Demencia Precoz .	—	—
432	J. V.	Demencia Precoz .	—	—
433	M. V.	P. G. P. Malarizada	—	—
434	J. S.	P. G. P.	+ + +	+ + +
435	L. R.	P. G. P.	+ + +	+ + +
436	E. G.	Epilepsia	—	—
437	D. B.	Psicosis Tóxica . .	—	—
438	J. V.	Conf. Mental . . .	—	—
439	J. N.	Psicosis Tóxica . .	—	—
440	F. H.	Alcoholismo	—	—
441	L. H.	P. G. P.	+ + +	+ + +
442	D. C.	P. G. P.	+ + +	+ + +
443	D. C.	Tabo-Parálisis . . .	+ + +	+ + +
444	M. C.	P. G. P. Malarizada	—	—
445	F. P.	Demencia Precoz .	—	—
446	N. R.	Demencia Precoz .	—	—
447	P. S.	P. M. D.	—	—
448	P. Z.	Psicosis Tóxica . .	—	—
449	L. M.	Delirio Crónico . .	—	—
450	M. O.	P. G. P.	+ + +	+ + +
451	M. G.	Demencia Senil . .	—	—
452	M. M.	P. G. P.	+ + +	+ + +
453	F. U.	Demencia Senil . .	—	—
454	F. M.	Demencia Precoz .	—	—
455	D. S.	Conf. Mental . . .	—	—
456	M. B.	Demencia Precoz .	—	—
457	L. F.	P. G. P.	+ + +	+ + +
458	F. O.	Demencia Precoz .	—	—
459	E. B.	P. G. P.	+ + +	+ + +
460	W. S.	Conf. Mental . . .	—	—
461	N. M.	Epilepsia	—	—
462	J. L.	Psicosis Tóxica . .	—	—
463	M. L.	Alcoholismo	—	—
464	S. E.	P. G. P.	+ + +	+ + +
465	F. M.	Demencia Precoz .	—	—
466	H. de la R.	Demencia Precoz .	—	—
467	G. S.	Demencia Precoz .	—	—
468	A. V.	Psicosis Tóxica . .	—	—
469	G. B.	Histeria	—	—
470	J. V.	Alcoholismo	—	—
471	C. S.	Parálisis-G. P. . . .	+ + +	—
472	M. A.	Epilepsia	—	—
473	O. H.	P. G. P. Malarizada	—	—
474	B. V.	Lúes Vascular . . .	—	—
475	J. B.	Psicastenia	—	—

NOMBRES		Diagnóstico	Takata-Ara	Wassermann
476	M. M.	Demencia Precoz .	—	—
477	M. R.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
478	F. S.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
479	E. C.	Epilepsia	—	—
480	A. S.	P G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
481	R. J.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
482	M. B.	Demencia Precoz .	—	—
483	J. del P.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
484	A. M.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
485	R. L.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
486	P. C.	Debilidad Mental .	—	—
487	R. Z.	Alcoholismo	—	—
488	L. H.	Epilepsia	—	—
489	M. K.	Melancolía	—	—
490	O. G.	P. M. D.	—	—
491	J. S.	Demencia Precoz .	—	—
492	J. B.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
493	T. P.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
494	E. P.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
495	F. F.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
496	J. Q.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
497	E. L.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
498	H. K.	P. G. P.	-|- -|- -|-	-|- -|- -|-
499	R. N.	Demencia Precoz .	—	—
500	A. M.	Epilepsia	—	—

Presentamos un total de 500 observaciones.
De las 500 observaciones que presentamos, tenemos:

Parálisis General Progresiva	121	casos
Demencia Precoz	106	"
Epilepsia	64	"
Alcoholismo	32	"
Psicosis-Maníaco-Depresiva	27	"
Delirio Crónico	24	"
Psicosis Tóxica	22	"
Confusión Mental	15	"
Debilidad Mental	15	"
Demencia Senil	13	"
Demencia Orgánica	12	"
Psicosis de Involución	10	"
Melancolía	5	"
Histeria	5	"
Tabo-Parálisis	4	"
Tumor Cerebral	3	"
Psicastenia	3	"

Hidrocefalia	3	"
Idiocía	3	"
Corea	3	"
Degeneración Mental	2	"
Locura Moral	2	"
Delirio Tóxico	1	"
Meningo-Mielitis-Luética	1	"
Neurosis	1	"
Lúes Espinal	1	"
Encefalitis Letárgica	1	"
Lúes Vascular	1	"

De los 121 casos de P. G. P., 18 de ellos corresponden a P. G. P. Malarizada. Después de la malarización, junto con la mejoría serológica y químico-citológica que se observa en el líquido céfalo-raquídeo de estos casos, la reacción de Takata-Ara también se hace negativa.

En los 4 casos que presento de Tabo-Parálisis, la reacción de Takata-Ara fué intensamente positiva.

En 1 caso de Epilepsia fué también positiva la reacción de Takata-Ara pero se trataba de un enfermo luético.

Conclusiones.

1) La reacción de Takata-Ara es la reacción más sensible de tipo coloidal que conocemos.

2) La reacción de Takata-Ara es positiva en el 100% de los casos de P. G. P.

3) Es negativa en la casi totalidad de las afecciones mentales.

Prof. Dr. Juan B. Lastres

(De la Facultad de Ciencias Médicas
de Lima - Perú)

Folklore Médico Peruano

Desde el punto de vista del factor nervioso.

Sumario.—Introducción. El curandero popular peruano. Psicología del indio. Su idolatría. Sensibilidad y sensorialidad indígenas. Anatomía y Fisiología nerviosa en el folklore. La Patología y su interpretación. Sapo y zorrino en la génesis de los procesos nerviosos. Astrología y brujería incaicas. El ojeo. La herencia en el folklore. Influencia ancestral y parálisis. Supersticiones, cementerios y procesos maléficos. Victimación de los deformes. Piretoterapia instintiva. La balneoterapia. Paleo-terapéutica vegetal. Procedimientos contusivos. ¿El contagio? Terapéutica por succión. La psicoterapia... La brujería y sus métodos. La constitución biotipológica del indígena a través del folklore.

El curandero popular peruano, principalmente aquel que pulula en las serranías, es el pseudo-científico que ejercita su arte con la cooperación de la credulidad pública.

Los hay de muy diversas categorías según el prolijo Valdizán. Los Callahuayas serían los más notables. Cargados con un buen arsenal de yerbas, para todas las eventualidades, son orgullosos de su abolengo y celosos de los privilegios que les reserva su charlatanería... Además, existen los hechiceros, los brujos, los adivinadores, etc.

Debemos enorgullecernos que el historiador Valdizán, haya refutado a Markham en lo que se refiere a las prácticas médicas de mediados del siglo pasado. Este ilustre

historiador, visitó fragmentariamente el territorio, emitiendo opiniones bastante antojadizas.

Es muy curioso, a título ilustrativo, recordar las ideas de un médico español, el Dr. Monzo de Huerta, catedrático jubilado de la lengua keshua, que el siglo XVII (1637), se opuso a la creación de las cátedras de medicina, "por se constante que los indios curaban mejor que los médicos, sanando a los que éstos habían desahuciado, y por haber muchos que por haber estado mucho en los hospitales, de sólo la experiencia que han adquirido, curan muy acertadamente sin ser médicos, como Martín Sánchez y Juan Jiménez" (Libro IV de Claustros, citado por Valdizán— La Facultad de Medicina de Lima). ¡En cuán poco tenía a sus estimables colegas, este ilustre varón!

Los legisladores coloniales, lucharon denodadamente contra los desmanes de los hechiceros y charlatanes de ambas razas. Por eso observamos entre las sabias disposiciones del Virrey Toledo, las siguientes: "Ordenanza X. Que no haya elección de indios idólatras o castigados por hechiceros y si la hicieren sea nula". Más allá se lee: "Item. Los indios e indias que siendo cristianas entendieran en idolatrías o hechicerías, los prendan los alcaldes, y darán información de sus culpas al corregidor... y los indios que sobre esto hubieran sido castigados se tenga particular cuidado de que habiten junto a la casa del cura del pueblo, para que no inficionen a los demás pueblos".

El X Congreso Internacional de Historia de la Medicina, celebrado en Madrid, tuvo como una de las principales ponencias el estudio del folklore en los diversos países. Las numerosas comunicaciones que se presentaron demuestran la importancia de esta rama, poco explotada hasta el presente, y que representa campo virgen a la investigación.

En el Perú, ya lo hemos dicho, la constitución social del indio, sus arraigadas creencias, su idolatría proverbial y esa constitución psíquica sui géneris, ofrecen características peculiares para su estudio. No creemos con esto que sea distinto del folklore de los demás países; las tendencias instintivas del hombre conservan siempre alguna semejanza, pero el contorno geográfico, el localismo, imprime ciertas características al estudio del folklore. En esto, no más, hallamos la diferencia, que, por lo demás, en ciertas prácticas, llega a ser esencial.

Garrison ha dicho (1): "La leyenda popular es una

unidad esencial. La inteligencia del hombre salvaje, en sus patéticos esfuerzos para establecer los sistemas éticos y religiosos que sirvan de guía moral y espiritual o para embellecer el aspecto vulgar de la vida con el romanticismo y la poesía, ha recorrido siempre las líneas de la menor resistencia, siguiendo siempre las mismas etapas progresivas. 'Los carriles de la inteligencia popular no se apartan grandemente de los puntos elementales, pero demuestran siempre un concepto práctico de la vida y una concepción simplista de los fenómenos vitales.

Se ha dicho que "el indio es una esfinge de dos caras; con la una mira al pasado y con la otra al presente, sin cuidarse del porvenir" (2), y en realidad es así. El eclipse a que lo condenó la conquista ha hecho que se concentre, que se torne negativista, y sólo se preocupe de su "yo" interno, sin analizarse sino muy superficialmente. Es esquivo y receloso para los extraños, y sólo está bien a tono entre los suyos, en la intimidad del "ayllu", en la que da rienda suelta a su idolatría...

Dice Cieza (3) que los incas eran muy vivos de ingenio y tenían gran cuenta, sin letras, porque éstas no se han hallado en estas partes de las Indias. En realidad, sucedía esto principalmente con las clases nobles, las más ilustradas, pero aquella cualidad se ha restringido notablemente al presente, pues pesan sobre su raza cuatro siglos de vasallaje. 'Pusieron en buenas costumbres a todos sus súbditos..., tenían grande cuenta de la inmortalidad del ánima y con otros secretos de la naturaleza. Hicieron grandes templos al Sol soberano; y engañados del demonio, adoraban en árboles y en piedras, como los gentiles" (Cieza, ob. citd.) Vemos cómo el fundamento principal de sus creencias era la idolatría, y cuán variada era la dirección que tomaba ella, según las diversas comarcas del gran Imperio. Curioso es a este respecto la costumbre que cuenta Acosta, el muy verídico Padre (4), que entre los bárbaros existía "otra ofrenda no menos donosa, que es tirarse las pestañas o cejas y ofrecérselas al sol, o a los cerros y apachitas, a los vientos o a las cosas que temen".

La evolución mística en el imperio del Tahuantinsuyo se verifica en igual forma que en todo pueblo primitivo. La concepción simplista de los fenómenos naturales les lleva a idéntica idea respecto a lo inmaterial; creían que el alma residía en algunos órganos o partes del cuerpo, como las uñas, los cabellos, la saliva, etc. (5).

Formando el sol elemento cosmogónico por excelencia de la rudimentaria astronomía indiana, constituía parte integrante de la divinidad, A él se le dedicaban templos

suntuosos, a él se dirigían las plegarias y súplicas, y él podía remediarlo todo, los males lel cuerpo como los del alma. "Donde hay sol, las enfermedades huyen" (6). Sol, calor fuego, elementos naturales que purifican el cuerpo Todas las súplicas comenzaban casi siempre dirigidas al Padre Sol.

La luna goza de menos preeminencia. Su resplandor misterioso y nocturno ejercía influencia sobre el espíritu angustiado del indígena. Sus ciclos interrumpidos influenciarían sobre enfermedades paroxísticas, que coincidieran con su aparición. Las jaquecas, los períodos menstruales, los accesos convulsivos, etc., tienen la influencia de esta pequeña hermana del sol.

El indio es hipoestésico hereditariamente; y esta hipoestesia al dolor físico marcha pari passu de su hipoestesia moral. Sin embargo, hay observaciones empíricas, que vienen a probarnos lo contrario, pero que, naturalmente, no excluyen la regla de la gran mayoría. Así Encinas (7), en su tesis, dice: "Pero aquella observación de la insensibilidad física, no siempre es características y persiste en el indio, porque siendo éste un sujeto esencialmente afectivo, la sola presencia de los instrumentos de cirugía lo descentra..."

Hay observaciones populares referentes a la sensorialidad indígena, que, aunque no tienen el control rigurosamente especializado, por lo menos nos orientan sobre su agudeza. Dice Romero (8), por ejemplo, en un estudio monográfico sobre el departamento de Puno, que los indios tienen una visión admirable, superior a la normal, según experiencias (?) hechas por las misiones científicas. Ven, se dice, una vicuña a dos kilómetros, a pesar de que su color puede muy bien confundirse con el de los matorrales. Lo mismo hace con la vizcacha gris, cuyo color no se diferencia grandemente de las rocas en que vive. Y añade más allá: "Sus ojos, acostumbrados, no solamente a la luz del sol, sino a la de la noche, les da un instinto admirable para caminar sin brújula sobre el lago, o sobre las extensas pampas en las lóbregas noches..."

Igualmente vivaz es su agudeza auditiva. Sienten el granizo cuando aún está lejos de la tierra; sienten el resonar del viento cuando éste aún no sale de sus cuevas heladas. "Parece que tuvieran una antena misteriosa que recibiera vibraciones del infinito".

Sobrio en su alimentación, usando generalmente la coca, que le da una fuerza misteriosa, para recorrer las abruptas quebradas de los Andes, su figura ha sido motivo de sendas leyendas y variadas apologías. Desde la más tier-

na infancia experimenta toda clase de privaciones, enfrentándose al clima y adquiriendo una constitución robusta. Choquewanka (9), que establece la psicología del indio, dice que por su temperamento sano, "tiene completa expedición en sus facultades mentales y en las orgánicas; y por esto es que son muy raros los mudos y los dementes". Esta opinión es bastante exagerada, por venir de lado empírico; bien es verdad que Ulloa afirma ser poco frecuente en ellos la apoplegía cerebral, opinión que comparten Clavígero y Calancha, pero no es menos cierta la fragilidad del cerebro indígena a los ataques de la encefalitis epidémica, cuya introducción en el territorio data de 1919, y en la actualidad es endémico en la sierra el parkinsonismo postencefálico (10).

En el keshua, la materia encefálica o "sesos" está encerrada dentro de la armazón craneana, y el conjunto se designa con la palabra Uma (11). El desarrollo excesivo de esta caja craneana se designa por Uma-sapa, o cabezones, en el Departamento de Apurimac (12), que en vulgo va unido a déficit de las facultades mentales. Probablemente designen con esta misma expresión los macrocéfalos, los hidrocéfalos y la acromegalia. El extremo opuesto sería la Hutsul'a Uma, o cabeza sumamente chica, sinónimo de microcefalia y reducción notable de la capacidad mental, que para el vulgo es un peligroso fantasma terapéutico.

La sola indicación de la punción lumbar lleva a su rechazo inmediato, aún en la gente que tiene cierta cultura. Y es que existe la creencia de que el líquido extraído no se vuelve a formar, y, por lo tanto, queda la médula espinal en el vacío. Se dice vulgarmente: se "seca la médula", y los fenómenos nerviosos que padecía el paciente se agravan. Hubo un caso muy pintoresco, que nos relató lo siguiente: Que anteriormente, en el Callao, se le había practicado una raquicentesis, "y junto con el líquido le habían extraído un trozo de médula", acentuándose desde entonces los trastornos nerviosos que aquejaba en las extremidades inferiores. Hay que advertir que era un alcohólico inveterado.

La epilepsia y la histeria tienen la misma etiqueta en el vocabulario keshua, el Aya-huaira, y bien se comprende la confusión que existió en los mismos clínicos para diferenciarlas. Valdizán, en su citada obra, dice: este "aya-huaira" es considerado de gravedad excepcional, y para atenderlo echan mano nuestros curanderos de gran diversidad de sus remedios; emplean preferentemente el corazón, la sangre y los pulmones del zorrillo (animal al que se le atribuyen ciertas propiedades misteriosas respecto al co-

mienzo de la enfermedad nerviosa), la sangre del buitre, el oropimente (sulfuro amarillo de arsénico), los polvos obtenidos por trituración de algunos rodados esféricos, llamados soncco-rumi (soncco, corazón, y rumi, piedra), que se encuentran en la cordillera de Huanso, en Cotabambas".

Terapéutica parecida empleaban los indígenas de algunas Indias Orientales, los que creen que la epilepsia puede curarse golpeando al paciente en la cara con las hojas de ciertos árboles; arrojándolas después al suelo, dicen que la enfermedad ha pasado a las hojas, y que con ellas se ha arojado también la enfermedad (13).

Los síndromas parkinsonianos, muy frecuentes en nuestras serranías, son englobados bajo el término general de parálisis. Curioso es el relato que nos hizo un indígena procedente del Cuzco, que desde hacía seis años padecía de su parkinsonismo. "Durmiendo mal, mal comido y mal vestido", en una choza de la montaña (Yauyipata). Medio soñoliento le pasó un sapo grande sobre su cara, penetrando después a un agujero. Lo quiso matar, pero se le escapó. A las dos semanas de este episodio comenzó su enfermedad, con hipersomnia y síntomas extrapiramidales. Sospecha que el sapo haya tenido veneno, pues cuando despertó tenía la cara mojada del lado donde había sentido el sapo (14).

Olano, buen conocedor del keshua, cree que los prácticos del Imperio, no solamente conocieron de procesos nerviosos, sino que también diagnosticaron procesos funcionales psíquicos, como la neurastenia y psicastenia, que englobaron con el nombre mancharisca (susto), curándolas en muchos casos mediante sugestión.

En el Departamento de Ayacucho, en la parte del pueblo, llaman a la paraplejía succhu, como en casi todos los sectores de lengua keshua. Creen muchos de ellos que es debida a la acción de la hechicería. Esta práctica bajo la forma de brebaje, para atacar a un órgano con objeto de destruirle y darle función diversa.

En el mismo departamento llaman uncu-nervioma a la enfermedad de los nervios, creyendo proviene para algunos del sufrimiento. Otras veces dicen: Piensas hanmatta uncan, que significa: del pensamiento proviene la enfermedad de los nervios.

La Tierra, lo mismo que el aire, el Sol y los fenómenos celestes, tienen gran influencia en la génesis de la enfermedad. Se dice en Ayacucho: PachamChasquirccom, "que él ha recibido la tierra", o que la tierra ha influenciado sobre él. El pachacc happisccam, o cogido por la tierra, es el sinónimo de la apoplejía cerebral. Cuando un in-

dividuo sube a las grandes alturas y pernocta al borde de un cerro, puede amanecer con cefalea o parálisis de alguna parte del cuerpo, pues el aire y la tierra del lugar han convergido a desencadenar este proceso.

Desde los tiempos primitivos, la visión fué atributo divino, considerándose en desgracia de los dioses aquellos que la perdían. Esta amaurosis punitiva, fué empleada para castigar delitos en ciertos personajes (16); Urteaga dice: "La visión da el conocimiento, la percepción de las cosas genera la idea, el juicio y la razón. El ojo fué el signo invisible de la sabiduría. La pupila fué para el indio peruano el símbolo del más alto atributo de su Dios".

El sapo y el zorrillo, muy diferentes entre sí, pertenecen a la mitología popular, y se dejan sobre ellos las más variadas leyendas. Sirven tanto para iniciar el proceso como para curarlo, en muchos casos. La abundancia de ambos y su aparición en veces fugaz, incita la curiosidad y la imaginación del indígena, de suyo propenso a la superstición. En Arequipa cuenta Escomel (16) que utilizan mucho el sapo para producir esa enfermedad de la piel, la pinta o Ccara, y los sin ventura elegidos para tal coyuntura quedarán pintados en la misma forma que el sapo originario. El mismo autor agrega más adelante que ha encontrado semejanza histológica entre las manchas de algunos enfermos y la de los sapos, en especial los que habitan los cerros.

Es de muy mal augurio encontrarse con un sapo o pisarle, pues seguramente acaecerá algún fenómeno de la piel o en su sistema nervioso. Acabamos de decir que el estudio del sapo americano (Buffo aqua), se ha podido aislar dos alcaloides: la bugagina y la epinefrina, explicándose ahora perfectamente la acción de este animal sobre ciertas hidropesías, principalmente en aplicación externa, con una serie de prácticas supersticiosas.

Romero (17), describiendo el folklore de Puno, dice: "Anoche tuvimos la desgracia de pisar un sapo... Hoy de seguro nos thincará... Cuando el sapo thinca, se levanta sobre el cuerpo una granulación esculenta, fegril, dolorosa (fenómenos anafilácticos). Es que el sapo, dolorido, ha lanzado por el aire, invisiblemente, alguna ponzoña. Aquel animal repugnante chupa la sangre del hombre..."

Desde Oviedo (18) se nos habla de animales pequeños, "como chiquitos gozques pardos", refiriéndose al zorrillo.

En la cultura Nazca (II época, preincaica), existen muchos huacos con repreesntación del zorro, casi siempre estilizado (Canis azarae).

El zorrillo, que los indios llaman añaz, es un poco distinto del zorro, y casi todos los autores antiguos estable-

cen confusión a este respecto. Los españoles empleaban el nombre de "raposa" o "zorra", para designar, no sólo al canis azarae (atokh), sino también los Mephitis sps (añaz o añatuya) (19).

Sea como sea respecto a las diversas opiniones sobre la especie es lo cierto que estos añaces están profusamente repartidos en el territorio, y que la orina de ellos tiene un mal olor que se difunde rápidamente, existiendo la creencia popular de que puede producir ella sola numerosos procesos patológicos. De muy antiguo, por ejemplo, encontramos la siguiente relación: "...y hay otros como zorras, que llaman los indios añas (Mephitis americana), que son pintados de negro y blanco, y es cosa notable el mal olor que de sí echan con la orina, que en tanto extremo es, que si con ella acientan a alguna persona, viene a enfermar y darle calenturas, porque trasciende en demasía ya cualquier cosa que toca..." (20).

La siguiente descripción, hecha por un enfermo que ocupaba la cama N.º 34 de la Sala de San José, del Hospital de Lima (en Mayo de 1935), es un alto valor folklórico. Seis meses antes de ingresar al Hospital tiene parálisis súbita del III par craneal derecho, con ligera excitación del V a frigore. Atribuye este padecimiento a lo siguiente: a los quince años, cazando vizcachas, se acercó al agujero donde se había introducido el animal, y precisamente allí había un zorrillo, el cual le orinó en la vista, teniendo inmediatamente fuertes ardores. Nos describe al zorrillo como muy frecuente en la provincia de Aymará y Chalhuanca; es como un perro pequeño, de piel negra, anda generalmente por la noche, y de día duerme. La orina, dice, es nociva para la vista; y la proyecta a regular distancia con la cola. Este enfermo bastante lúcido, relaciona pintorescamente ese episodio en que tuvo dolor de vista (Ñahuinana) con la parálisis que actualmente tiene; y afirma conocer muchas personas que en el citado pueblo padecen actualmente enfermedad, por culpa del zorrillo.

La influencia de la brujería y de las artes mágicas sobre el espíritu del indio predispuesto, se pierde en la noche de los tiempos. Desde el tiempo del inca Mayta Capac se sabe que tuvieron mucha influencia. Los historiadores hablan de una familia de sacerdotes, que tenían tal poder sobre los demonios, que obligaban a las huacas (la palabra huaca tiene muchas acepciones: ídolo, lugar, cosa sagrada) y a los ídolos a responder a todas sus preguntas: "Mayta Capac, hombre hábil, supo aprovecharse de su influencia para conservar la paz en su imperio. Esos sacerdotes se llamaban Huácar-machi (que hace hablar a la

huaca). Otros llamados ayatápuc (que hace hablar a los muertos), obligaban al demonio a entrar en los cadáveres que consultaban o en el cuerpo de los que ellos adormecían con sus sortilegios..." (21).

Se dice que el animismo engendra la brujería en primer lugar por la creencia de localización del alma en alguna víscera y por el pavor que la muerte misma engendra... Por el primer mecanismo nace el canibalismo, para destruir todo residuo del alma en algún órgano; y en el segundo caso vienen las prácticas de sujetar el cadáver, para que no ejecute ningún movimiento. Pero en el arte de aplicar esta ciencia misteriosa sobre el vulgo nace la brujería simbólica, en la que por tercera persona u objeto representativo se van a ejercitar toda la serie de prácticas, que recaen sobre la que se pretende hacer el daño. Es así como se utilizan una serie de objetos, muñecos, de prendas de la persona, y es sobre ellas que se hacen las prácticas, pinchando, deshaciendo el órgano o miembro que se quiera inutilizar.

Antiguamente, y aún ahora entre la gente del pueblo, son denominados layccas y umus (brujos, adivinos o magos) los que ejercitan el arte brujeril, y los hay repartidos en buena proporción, sobre todo, en los departamentos del interior.

Escomel, que ha estudiado bien este arte mágico, clasifica la brujería en tres grupos: primero, los daños; segundo, los hechos, y tercero, las manchas o Ccaras. El hechizo consistiría en un muñeco de trapo, que representa a la persona a la que se va a hacer el mal, el cual es atravesado por espinas de castu o por alfileres. Si se quiere desarrollar una enfermedad en la cabeza, se colocan los alfileres en el cráneo; una parálisis en las piernas o brazos, en el sitio correspondiente. Otro sistema sería el siguiente: si se desea que el enemigo padezca dolores reumáticos o parálisis en las piernas o brazos, se procura un calcetín o media de la persona, se introduce en ella un poco de paja, y todo junto se encierra en sitio húmedo. Cuando comienza la descomposición de la paja enterrada, principian a manifestarse en la persona previamente elegida las manifestaciones sintomáticas correspondientes al reumatismo o a las parálisis (baldándola o tulliéndola, en el lenguaje popular) (22).

Hay que hacer notar que Arequipa ofrece en cierto tiempo del año clima propicio para desencadenar trastornos nerviosos, sobre todo funcionales, dependientes exclusivamente del estado atmosférico. Es lo que llaman corriente-

mente la nevada, en que, a favor de un estado higroscópico de la atmósfera, en que hay mayores cargas de electricidad, gran número de habitantes sufren de trastornos psíquicos, de índole depresiva.

La fisonomía de la bruja acrece en poder sugestivo cuando a su rostro arrugado se añade una parálisis facial o una contractura, en algún sector del rostro. "A una bruja tuerta, torcida o jorobada se le reputa como un ser más endemoniado" (Escomel), y sus hechizos tendrán aún más eficacia.

Como hemos dicho, la actuación sobre el ser representativo del sujeto se efectúa en muy diversa forma. Así, se ven muñecos atravesados en las sienes por una espina de cactus, significando la migraña oftálmica, en el sentido de producirla; pero cuando al revés se quiere verificar la curación, entonces al muñeco se le extrae la espina.

El ojeo de los recién nacidos es también muy frecuente, pudiéndose atribuir a él muchas enfermedades nerviosas, incluso el tétanos producido por la caída del cordón umbilical, convulsiones, tics, etc., así como trastornos meníngeos y digestivos. Se citan casos de niños "que con solo mirarlos han palidecido, enflaquecer y abrírseles la cabeza" (el cráneo, muriendo a los pocos días) (23).

En el departamento de Lambayeque se citan numerosos casos de inflamaciones meníngeas o procesos más avanzados, que los curanderos y brujos pretenden curar con los procedimientos del susto y del ojeo.

En Ayacucho se utilizan para la brujería los mismos procedimientos: el muñeco de trapo traspasado de alfileres, y por sugestión, actúa sobre el individuo; o también dan brebajes, que consisten en hierbas, cuyas propiedades no las conocen. Practican la hechicería ciertos sujetos que viven en las afueras de la población.

En el departamento de Junin, en un pueblicito, Hualgas, nos relató un enfermo afecto de síndroma parkinsoniano postencefalítico, que el origen de su dolencia era la brujería, practicada por su misma mujer. Le sirvió un día una "taza de té turbio", que seguramente contendría alguna hierba venenosa, y al poco rato sintió adormecimientos, náuseas y le tembló todo el cuerpo. Nos refirió que era muy frecuente la brujería, y vuelven a las personas sordas, mudas y en algunas les producen temblor.

Es curiosa la forma cómo intuyen sobre si el proceso puede ser influenciable por la hechicería o si es producido por algún proceso orgánico. Se reúnen alrededor de una mesa y echan la suerte en barajas, coa o maíz, y según sea el resultado de ella, será el tratamiento empleado. De

esta forma no se aventuran impunemente hacia procesos orgánicos, de los que no van a sacar ninguna gloria.

En el Oriente amazónico nos describe un padre misionero (24) las curaciones siguientes: para la cefalalgia usan la hierba Sampakiti-Pini. "Estrujan las hijas de una hierba y gotean el jugo en el ojo del enfermo. "Para los ataques usan el Pittirshi, arbusto que da frutos parecidos al cafeto. "Cuando los enfermos graves entran en un embotamiento completo y se teme que sobrevenga la muerte, les dan un poco de ese latex. Por su amargor como la quina hace que el atacado se convulsione, y a veces vuelva a recobrar los sentidos". También se administra a los niños en los accidentes de sustos y en los temblores que sufren con frecuencia en la época de la dentición.

Tal se nos presenta al estudio médico una parte del folklore peruano, reguero inagotable de empirismo y campo fecundo para los que quieran investigar sus múltiples facetas.

Los estudios de folklore hoy por el mundo, van adquiriendo enorme importancia. Las leyendas populares son guardadas celosamente en el alma del pueblo y el folklorista va a su encuentro para adueñarse de su esencia. Hace una treintena de años, eran estudios completamente superficiales. En Argentina, Granada publicó su fundamental obra (25), en que nos cuenta de multitud de supersticiones, de ritos, costumbres primitivas, etc. Entre nosotros, la obra fundamental que inicia los estudios folklóricos, se debe a Valdizán y Maldonado (26).

En el Perú, el elemento indígena ofrece un gran campo a la especulación folklórica. El indio, obedeciendo ya al comunismo agrario elevado y completo, como dice Sarmiento de Gamboa, en tiempo del Tahuantinsuyu; o al ostracismo a que lo condenó la conquista, conserva incólumes la fuerza de su tradición. Su primitiva idolatría no ha variado mayormente. Celosos cuidadores de su abolengo, procuraron mantener puras sus leyendas, aureoladas siempre por una viva imaginación. Tal cualidad les atribuye el muy magnánimo Cieza de León, en su famosa Crónica de Incas.

La idolatría indígena, formaba casi todo su sistema creyente. Sendos volúmenes de obras, principalmente debidos a plumas de misioneros que recorrían el territorio, para llevar la religión a sus confines, nos ofrecen muestras de las diversas idolatrías. Acosta (27), el veredicto padre nos cuenta de cómo para sanar de alguna enfermedad, empleaban el sistema siguiente: "Otra ofrenda no menos dono-

sa usan, que es tirarse las pestañas o cejas y ofrecerlas al Sol o a los cerros y apachitas, o a los vientos o a las cosas que temen".

La mentalidad primitiva de los peruanos, ha hecho intervenir numerosos factores predisponentes hereditarios, lo que se podría titular: **la herencia en nuestro folklore.** El prolijo Valdizán nos describe la curación de las yahuas en el Departamento de Huánuco. En realidad es una enfermedad de la primera infancia, de etiología compleja, pero que intervienen para su desencadenamiento, las influencias sobre todo morales de la madre. Lo que vulgarmente se conoce con el nombre de "antojos" de la mujer embarazada, deben favorecerse por los parientes, por más absurdos que parezcan; además, no deben tener ninguna visión antiestética, pues esto perturbaría grandemente el producto de la concepción. Es así cómo pueden salir los niños con parecido a determinados animales, con ciertos objetos, con ciertas personas. Piensa Valdizán, que el concepto de la herencia, fué conocido por los primitivos peruanos; sería, si se quiere arcaico, empírico, pero existía. La interpretación resulta un tanto antojadiza, no atribuyéndose gran rol al estado gravídico o psíquico, sino a las influencias externas del medio ambiente: "es la visión materna de personas, animales o cosas, a las cuales debe semejar el sujeto..."

Habría, en sentir de Valdizán, un remedo de transición hereditaria de caracteres, "una asociación grotesca del principio de la trasmisión y de aquel otro que establece los daños causados en el niño por los traumatismos psíquicos, sufridos por la madre en el período de la gestación".

Debo a la gentil acuciosidad científica de mi amigo, el Dr. Luis Angel Ugarte, médico del Cuzco, los siguientes datos relativos a esta curiosa forma de ejercitar su acción los antepasados.

Dice el citado doctor: "Los indígenas de esta región (Cuzco), atribuyen a la mayor parte de las afecciones del sistema nervioso, especialmente las que se acompañan de parálisis de cualquier localización, a una influencia maléfica de los antepasados, que llaman **Machusca,** palabra que deriva de **machu,** viejo, y que quiere decir antepasados. Suponen que al pasar o dormir en sitios donde hayan tumbas de los antepasados remotos, han podido sufrir esa influencia maléfica. Esa influencia se produce con mucha más seguridad, si la persona ha abierto o ayudado a abrir una tumba" (28).

Se ve cuán importante es esta creencia popular, en el sentido de influencia filogénica maléfica, creencia que no sólo pertenece al Cuzco, sino que también a otros sectores del territorio. En una tradición de Palma (29), titulada "Un tesoro y una superstición", se describe lo siguiente:

Sucedía esto a principios del siglo XIX en Locumba. Confesando el cura del lugar a un indio cargado de años, le refirió ser descendiente de Titu-Atauchi, cacique de Moquegua en tiempo de Atahualpa. Recibió orden de éste, para juntar oro para el rescate; pero estando en camino a Cajamarca, supo del desdichado final de su soberano. En el mismo puebiecito de Locumba, en una gruta escondió el oro, se acostó sobre él y se suicidó. "Su sepulcro está cubierto de arena fina —dice Palma— hasta cierta altura: encima hay una palizada de pacays y sobre éstos, gran cantidad de esteras de caña, piedras, tierra y cascajo. Entre las cañas se encontrará una canasta de mimbres y el esqueleto de un loro". Odisea y grande hubo que pasar, para convencer a los indios de practicar excavaciones y descubrir el tesoro. Se había trasmitido de generación en generación, que al descubrir el cadáver del cacique, no quedaría piedra sobre piedra en Locumba. Y así sucedió tal como la tradición lo había previsto. "Después de haber removido los obstáculos, apareció el cadáver del cacique. En ese mismo momento se sintió una conmoción subterránea y un terremoto imponente devastó esta apacible región". (13 de Agosto de 1869—según Palma).

Siempre ha sido preocupación instintiva del alma popular, interpretar los fenómenos naturales; y como es de simplista, los conceptos y creencias sobre determinados procesos. Al tratarse del sistema nervioso, esta interpretación cae más en el vacío, pues es el aparato cuya complicada armazón escapa aún a los más ilustrados.

Nada más sencillo en la patogenia de los diferentes procesos, que vislumbrar el factor sobrenatural; y la no menos sobrenatural influencia de los elementos para su curación. La gran variedad de creencias en el terreno nervioso, hace que este capítulo sea bastante fragmentario.

Frente a la nociva influencia de los factores ambientales, está la "tosca y poco sensible" (30) estructura corporal del indio. La opinión empírica de **Ulloa**, de ser rara en ellos la apoplejía, opinión que comparte **Lavorería** y nosotros, fundándose en la observación clínica, nos lleva de la mano a sospechar una armazón neurológica **sui géneris**,

con una constitución predominantemente hipo-endócrina-vegetativa. Esta nota dominante se observa también en todas las manifestaciones variadas del arte, en la cerámica, en su literatura y poesía. **Valdizán** dice: sorprende el número de factores que pudieron contribuir a mantener entre los primitivos peruanos, un tono sentimental deprimido (31). El mismo **Calancha**, observador acucioso, asegura que era rara la epilepsia o gota coral, entre el elemento indígena.

Muy variadas son las opiniones, sobre esta raza sufrida, que después de haber contribuído a elevar la civilización a su cúspide, soporta en silencio actualmente el menosprecio y el olvido. Un hecho salta a la vista del observador: es la idolatría. El indio es idólatra por herencia y por costumbre. Lo observamos a través de su accidentada historia y esta adoración es pleomórfica. En un principio es la Huaca, ídolo en su primer significado, según **Garcilaso**, que equivalía a cosa sagrada, como a objetos inanimados como peñas, piedras, árboles, etc. (32). Las diversas manifestaciones externas al dirigirse al ídolo, así como la ocasión, son variables. "Cuando se ven en alguna necesidad o enfermedad, o han de hacer algún camino, levantan las manos y se tiran las cejas y las soplan hacia arriba, hablando con el Sol, o con Libiac, llamándole su hacedor y su creador, y diciéndole que le ayude" (33).

Desde este indio milenario, nostálgico y taciturno, que adoraba las huacas, el jaguar, los animales, la tierra, el aire, cuya simbiosis con la accidentada naturaleza era íntima; hasta el actual, pasando por el del coloniaje, las cosas no han variado grandemente. Los tres siglos de su eclipse colonial y el correspondiente a la República, apenas le han hecho salir de la obnubilación constante en que se halla. El traumatismo psíquico que constituyó la conquista, abatió para siempre la dosis de iniciativa y de pujanza, para mantenerlo al presente a la zaga de la civilización; sin importarle un ardite las obras de progreso colectivo, cuidándose solamente de llenar sus vegetarianas necesidades corporales.

Que no existió procedimiento terapéutico especializado es de toda evidencia, por lo mismo que no existía la especialización de las ramas médicas. Pero dentro de los variados procedimientos generales, de práctica primitiva, es posible encontrar el nexo conveniente para la aplicación te-

rápica nerviosa; para lo que nos va a prestar gran ayuda el estudio del folklore especializado (34).

La paleoterapéutica, no se diferencia grandemente de un pueblo a otro. Las mismas prácticas primitivas, las mismas supersticiones, las mismas creencias. Solamente en el arte mismo de la terapia, en la diversa variedad de productos a su alcance y en el grado más o menos avanzado de cultura, existirán diferencias topográficas.

Paw y Robertson, que sentían tanta anafilaxia por la cultura americana, no vacilan en afirmar que la victimación terapéutica o profiláctica si se quiere, de los débiles y contrahechos, era una costumbre arraigada entre los indios del Perú y Méjico. El erudito Valdizán refuta francamente esta creencia, citando en su aserto la opinión del licenciado **Ondegardo**. Y estos indios monstruosos, corcobados o contrahechos de nacimiento, los vemos ejercer su papel social, por cierto bien triste: "...cuando acaecía morírsele a algún hombre sus hijos, le tenían por un gran pecador, diciendo que por sus pecados sucedía que muriese primero el hijo que el padre. Y a éstos tales, cuando después de haberse confesado hacían los laudatarios, llamados **Opacuna** según está dicho, les hacía azotar con ciertas hortigas algún indio monstruoso como corcobado o contrahecho de su nacimiento", etc. (35).

A veces, aún en los pueblos primitivos, se observan dentro del ciego empirismo, destellos de algún procedimiento duradero y útil. La naturaleza humana tiende a verificar la **vix medicatrix**, valiéndose las más de las veces de artificios externos. Se puede vislumbrar después de paciente búsqueda, precursores indígenas del procedimiento terapéutico piretoterápico.

El profesor peruano Honorio F. Delgado (36), refiere que en los pueblos primitivos del Perú, se trataban ciertas enfermedades de la piel (la Uta), produciendo la intercurrencia de la malaria en un lugar denominado "Tembladera". Se le llama así seguramente, por ser la malaria endémica en aquel lugar. A "Tembladera", acuden los enfermos de Uta, procedentes de varios pueblos del Departamento. Cree el Dr. Delgado, que este procedimiento sea análogo al moderno de Wagner von Jaureg (1887), cuyos benéficos efectos se palpan actualmente. Bien es verdad que empíricamente y el mismo Wagner los constata, se notaban desde antiguo, que la intercurrencia de procesos febriles, mejoraban las lesiones del sistema nervioso, de orden paralítico principalmente.

En la muy importante tesis de bachiller de Pardo Figueroa (37) se halla consignado el proceso histórico de la

piretoterapia, sobre todo aquel referente a las creencias indígenas de curación de lesiones utosas. Las importantes contribuciones históricas de Valdizán, principalmente en su Medicina Popular, nos relata la forma cómo estos enfermos de Uta, se trasladaban a lugares cercanos, donde el clima era siempre más cálido; y que esta creencia era extensiva a la sífilis como hemos citado nosotros anteriormente.

En otros casos, descendían al fondo de las quebradas, donde las enfermedades costeñas, el paludismo y la verruga, reinan endémicamente, contaminándose con sus respectivos microbios y produciendo la fiebre para ellos salvadora.

Antes del descubrimiento de América, eran muy usados los baños, tanto para conservar la higiene corporal, como con fines terapéuticos. El investigador nacional Maldonado (38) afirma que se usaban para detener las enfermedades de la tierra. Esta tierra (Pascha, en keshua) se le incrimina folklóricamente muchas enfermedades, hemos visto cómo la pascha happisccan, o cogido por la tierra, es sinónimo de la apoplejía cerebral, lo mismo referente a las parálisis. Herrera (39), el cronista, nos da cuenta, que "para curar sus enfermedades se bañaban muchas veces". En los soberanos incas, el baño revestía caracteres más ceremoniosos. Antes de bañarse "untándose con Harina, Maíz y otras cosas, con muchas y diversas ceremonias".

El médico aragonés Cosme Bueno, nos dice Maldonado, refiere habían en el Perú muchas termas medicinales, "...éstas no se frecuentaban tanto por deleite, como por remedio". Verdad que esta cita pertenece al siglo XVIII, pero él se refiere a épocas anteriores.

Los fines terapéuticos son variados. Se les indica para curar la sarna, lepra, bubas, enfermedades de la piel, etc.

Hay una cita que nos interesa desde el factor folklórico nervioso, es la del cronista Herrera (40). Dice: "En la provincia de Caruma, había una fuente de agua termal, cuyas aguas eran aprovechadas para hombres tullidos y llagados". Como generalmente en el folklore, el tullimiento es sinónimo de paraplejia o hemiplejia más raramente, es probable que estas fuentes tuvieran cierto poder curativo para las dolencias nerviosas, por lo menos que las aliviaran por la presencia de ciertas sales minerales, que contienen en abundancia casi todas las fuentes termales del Perú.

Era un verdadero culto esto del baño, como se ha di-

cho. "En el Cuzco (41), en el décimo mes llamado Coya Raymi, los indios llamados orejones, después de varias ceremonias se bañaban en el río Apurimac, otros en el valle de Yucay y otros en el de Cusipampa.

"La razón por qué se bañaban en estos ríos, era por ser caudalosos e ir a entrar a la mar, porque se llevasen allá las enfermedades que con estas ceremonias tenían creído las desterraban de la tierra. Y a este mismo tiempo se hacían lavatorios general en la ciudad, yendo los moradores de ella a las fuentes y a bañarse, cada uno en su ceque, diciendo que de esta suerte salían las enfermedades de ellos" (42).

Numerosas son las plantas empleadas en la antigüedad contra las distintas enfermedades. Se podría establecer una paleo-terapéutica vegetal. Sólo muy pocas de ellas han perdurado a través del tiempo y con los mismos fines terapéuticos.

Veamos algunas que tengan aplicación en procesos nerviosos:

La **Tulma, citada** insistentemente por Cobo o semillas de guayruro, yerba de hojas menudas, que se usa contra "el pasmo, perlesía y miembros encogidos", es decir, contra los procesos de índoie convulsiva, pues es bien sabido que perlesía significa para Cobo la epilepsia de los niños.

Garcilaso en sus famosos Comentarios Reales, nos da cuenta de ser numerosas las yerbas que usaban los indios para curar toda clase de dolencias. Refiere, empleaban una yerba llamada **Matecllu,** que "nace en pequeños arroyos, es de un pie y sobre cada pie tiene una hoja redonda y no más". Afirma que tenía poder para disolver en una noche las nubes que tengan los ojos (catarata).

Cuenta Monardes (43), que procedente de Nueva España, usaban los indios una goma que llamaban **Tacamahaca,** que extraían de un árbol grande como álamo. Entre las muchas propiedades que se le atribuyen, está la de morigerar las cefalalgias; "y de la misma manera puesto en el cerebro conforta y quita el dolor del E. fciatica, o dolor de cadera puefta, es grande fu affecto; y afsi lo haze en todo dolor de junturas... En juntura o heridas de neurios, peufta ella fola, engendrando luego materia, t prohibiendo el fpafmo". Vemos por esta simple descripción cuán útil sería esta resina, pues casi todas sus aplicaciones eran en el sistema nervioso, principalmente las dolorosas.

Toda la flora del Nuevo Mundo, ofrece mucha seme-

janza entre sí, tanto en sus características botánicas, como en sus efectos terapéuticos. Fuera del efecto farmocológico normal, se observan algunos casos en que su uso inmoderado engendra la intoxicación. Nos lo da, la siguiente cita: Entre las yerbas y bebidas antiguas, está una denominada **pulque**, que aún se emplea en Méjico. Este pulque lo destilaban de los magueyes. Se cuenta en el Libro de Leyes de Indias (44), que con esta planta se han experimentado notables daños "y perjuicios de la forma con que la confeccionan, introduciéndole algunos ingredientes nocivos a la salud espiritual y temporal, pues con pretexto de conservarla y que no se corrompa, la mezclan con ciertas raíces, agua hirviendo y cal, con que toma tanta fuerza, que les obliga a perder el sentido, abrasa los miembros principales del cuerpo, y los enferma, entorpece y mata, con grandísima facilidad..."

El mismo Monardes, que es una farmacopea viviente, dice de la **Caraña**, que era una resina que usaban los indios para curarse muchas dolencias "...en todas las pafsiones neneurios y dolor de cerebro y males que de él proceden apruecha mucho..." El **aceite de higuera**, lo recomienda en la sordera. En "fordedad, y a los que han perdido el oyr, les hace restaurar el oyr, co mauillora obra, como fe havifto por muchas experiencias".

El **sasafrás**, árbol que traen de la Florida, tienen los productos extraídos de él, propiedades curativas para diversas enfermedades. El mismo Monardes nos dice: "En tullidos y en perfonas que eftan inábiles para andar, y para menearfe, como por la mayor parte pruenga efto de humores fríos: tomando efta agua caliente por la mañana, y procurando fundar todo lo que pudieran comiendo cofas de dieta y beuiendo el agua fimple a la continua, ufando efto por muchos días, auemos vifto a muchos fanos". En personas que tienen torpes las manos, por algún proceso paralítico, ha visto Monardes actuar con mucha felicidad esta yerba.

Otra substancia antinerviosa sería para el mismo autor el **ambar gris.** "Aplicando en el cerebro, en forma de ungüento, que se haze derritiéndola con una mano de mortero caliente y mezclada con azeyte de azahar: defta manera quita el dolor al cerebro, conforta los neruios, refuelve cualquier frío que en ellos y en él eftuviere, co gran prerrogativa y auxilio, afsi en efta forma, como haziendo della, y de alipta mufesta emplafto, que fe trayga pefto en aquella parte a la contiene".

En el Norte del Perú, en el Departamento del Piura, sobre todo hacia el interior, provincias de Ayabaca y Huan-

cabamba, existe una planta que goza de ciertas propiedades estupefacientes, de acción electiva sobre el sistema nervioso. Por las referencias del limitado número de personas que hacen uso de ella, sobre todo de brujos (45), se sabe "que una de sus aplicaciones es para curar lo que ellos llaman espanto". Este espanto, en el folklore popular del Departamento, está caracterizado por los síntomas siguientes: cansancio al caminar, los miembros inferiores no responden al estimulante motor, hasta llegar a la verdadera parálisis, que ellos llaman "tullimiento". Sienten, además, ahogos, hinchazones, sobre todo en los miembros inferiores. Para curar esta dolencia, toma el paciente cada 24 horas el extracto de las hojas de "Simora", nombre vulgar de la planta, que pertenece al género de las acantáceas. Como se ve por relato anterior, se emplea esta planta en el folklore, para curar ciertas formas de parálisis y paresias de las extremidades inferiores, quizá si por acción éxcito-motriz sobre la médula espinal. El autor de que extraemos estos datos de folklore, ha encontrado experimentalmente, que muy al contrario, tiene propiedades cardio-tónicas.

De procedimientos empíricos, brutales contra la parte dolorida y enferma, nos da cuenta la siguiente cita:, es exponente fiel de la terapia primitiva entre los indios y araucanos.

"Cuando un indio (refiérese a las onas de la Tierra del Fuego), hombre o mujer, viejo o joven, se halla enfermo, se llama al médico, el cual hace colocar al enfermo a sus pies y después de repetidas fricciones en la parte dolorida, si ésta es por ejemplo el vientre, se pone encima de pie o de rodillas y lo pisotea hasta más no poder. Cuando la parte enferma es la cabeza o el hombro, etc., entonces se cambia de procedimiento, reemplazando los pisotones con tremendos puñetazos, que el enfermo recibe con dulce resignación, pues los juzga tan necesarios, que si no pudiera recibirlos, les parecería faltarles el mundo entero" (46). El tratamiento no puede ser más explicativo; y que haya sido aplicado a toda parte dolorida, nos lo dice el cronista. No es de extrañar, haya sido, pues, aplicado a múltiples procesos nerviosos, cuya manifestación ostensible radica en las extremidades o el tronco, tal sucede con procesos dolorosos o polineuríticos, paralíticos, encefalíticos, etc.

Actualmente el folklore del Departamento de Arequipa, según dice Mejía Xesspe (47), la epilepsia, llamada en el keshua de esa zona **wañuy o kkaspi unxoy**, se le trata

"bebiendo la sangre caliente del cóndor o también con una poción fermentada compuesta de pichones de colibrí (Keencho)". Creen también, que para tratar la misma dolencia, el beber o absorber la espuma de algún torrente es muy eficaz.

Uno de los elementos más calumniados por el indígena, al decir de Valdizán, es el aire. El es el común agente etiológico de gran número de parálisis, sobre todo las periféricas. Para preservarse profilácticamente contra este mal de aire o **waira** (departamento de Arequipa), "se cubren la cabeza y en especial el cuello, porque en descuidándose proviene la parálisis en alguna parte de la cara; la boca, los ojos o también pierden el lenguaje y se vuelven mudos (amu o xaxllu) (Mejia Xesspe. ob. cit.)

¿Existiría en el folklore popular la idea del contagio que hiciera presumible una especie de prevención colectiva? A lo aseverado por Olano (48) el jampecc o jampeccuna, médicos según él, del período incaico, "creía y cree ahora, que las enfermedades del hombre pueden trasmitirse a un animal como el cuy, por contacto directo y sobre todo mediante la fricción". Además, se desencadenarían en el cuerpo del animal, lesiones anatómicas parecidas a las del ser humano. A todo este procedimiento se le llamaría según él, **ticrapu**, que quiere decir contagio.

Mientras que el ticrapu representaría el contagio, el **ccaaccoy**, sería el representante del masaje. Estaría bastante difundido este procedimiento y se emplearía para diversas enfermedades. Así Olano cree era usado en la entorsis, contusiones, fracturas; y no sería extraño su extensión a los procesos paralíticos de las extremidades.

Volviendo a la idea del contagio, hasta en las mentalidades primitivas estaba el concepto de un vivente diminuto e imperceptible (¿microbio?), productor de enfermedades. Así lo afirma Granada (ob. cit.), que esta idea existía entre los indios de las regiones del Plata y del Orinoco, así como entre los guaraníes, araucanos y peruanos. Tal espíritu diminuto, que se encuentra profusamente en la naturaleza, se denominaría según el lugar, **gualicho, añanga, zopay.**

Este mismo gualicho de las pampas, microbio imperceptible, se hallaría en las aguas pútridas de los pantanos, en los grandes ríos, en las yerbas venenosas, en los bosques, en el aire, en las aglomeraciones humanas, en todas partes donde puede producir su acción morbosa. "Introducido en el vientre, le hace doler; introducido en las piernas

las paraliza; introducido en los ojos los ciega, en la lengua, priva del habla" (49).

La terapéutica por succión de la parte dolorida o enferma, ocupa buen capítulo entre los procedimientos primitivos. Bien sabido es que la mayoría de procedimientos se aplicaba loco dolenti; y que eran encaminados a desplazar los espíritus malignos, sus causantes. Cuando Polo de Ondegardo (ob. cit.), que es "común cosa acudir a los hechiceros, para que les curen en sus enfermedades llamándoles a su casa, o yendo ellos, y suelen curar los hechiceros chupando el vientre o en otras partes del cuerpo o untándose sebo o con la carne o grosura del cuy o sapo, o de otras inmundicias o yerbas. Lo que les pagan con plata, ropa, comida, etc."

Polo cuenta lo mismo que los demás cronistas respecto a la forma cómo se purifican de sus enfermedades. Usan poner, cuando se encuentran enfermos, su ropa en los caminos, para que los caminantes se lleven la enfermedad o el aire purifique sus ropas. Es común esta costumbre a la gente del llano, como a la de las serranías.

En paleo-terapéutica nerviosa y la acción psicoterápica ejercida por ciertos seres privilegiados sobre la masa, son muy notables los pasajes citados por Alvar Núñez, Cabeza de Vaca (50), acción psicoterápica directa, que ejerció el mismo o sus compañeros, al punto de considerarle los indios como poderes sobrenaturales. Dice: "Otro día de mañana vinieron allí muchos indios y traían cinco enfermos que estaban tullidos y muy malos y venían en busca de Castillo que los curase, y cada uno de los enfermos ofreció sus arcos y flechas, y él los recibió, y a puestas del Sol los santiguó y encomendó a Dios nuestro Señor, y todos les suplicamos con la mejor manera que pedíamos les enviase salud, pues él veía que no había otro remedio para que aquella gente nos ayudase y saliésemos de tan miserable vida, y él lo hizo tan misericordiosamente, que venida la mañana, todos amanecieron tan buenos y sanos, y se fueron tan recios, como si nunca hubieran tenido mal alguno". Igualmente el mismo Cabeza de Vaca, nos relató casos de curaciones maravillosas, para las que usaba una serie de sortilegios externos, llegando incluso a curar uno que lo tenían por muerto. Es indudable, como explica Daniel Granada, en su obra citada, que no es posible extrañarse de estas curaciones milagrosas, dado el gran factor supersticioso existente y la autoridad moral psicoterápica de ciertos per-

sonajes extraños a los indios o aún entre los mismos indios.

Mecanismo de transferencia se podría argüir para aquel poder sobrenatural que tenían los ichuri, pues en la confesión general, quedaban liberados en buena parte los pecados, la enfermedad estaba en vías de aliviarse somáticamente. La confesión se había elevado a la categoría de culto nacional. "El confesor decía ciertas oraciones, maldecía los pecados que el penitente confesaba, y arrojaba el manojo al río imprecando a los dioses para que lo llevasen al abismo, donde quedase eternamente sepultado (51). Bazzocchi (52) dice que los camascas ejercitaban los más variados sortilegios en el acto principal de la cura de la enfermedad nerviosa; y entre ellos usaban de "pagar la tierra Challar", que sería una forma de apaciguar uno de los elementos etiológicos (ver pacha happiscca: cogido por la tierra).

Arriaga (53), coincide en la purificación de los pecados, con la Relación Anónima y con Acosta. "También tienen otro modo algunos para purificarse de los pecados sin dezillos a otro, que es refregarse la cabeza y asi dize que el agua lleva sus pecados".

Pueblo dominado por la supertición y la angustia colectivas, tenían que dirigir la mirada a lo sobrenatural, para hablar la causa y también el remedio a sus dolencias; por eso dedicaban sacrificios a cualquier objeto que les inspirara temor (Tschudi) y en ellos encontraban toda la máquina de su idolatría. Morúa como otros cronistas, especialmente Garcilaso, afirma que sacrificaban a los niños y a muchos les sacaban los ojos (Morúa), cuando sucedía algún acontecimiento importante en el Imperio.

La citúa, de las que nos dan descripción precisa Molina (54), Garcilaso y otros, era una fiesta popular a la que se acudía grán cantidad de gente, con ritos y ceremonias apropiadas, para libertarse de las enfermedades y males de la tierra. Y hecho curioso, apesar de ser la fiesta de índole colectiva y de efecto psicoterápico, sin embargo, egoistamente eran excluídos enfermos que por sus dolencias físicas, fueran deformes en su exterior. "I así con este acuerdo, cuiendo primero echado del Cuzco a dos leguas del a todos los ffrasteros que de no heran naturales y a todos los que tenían las orejas quebradas, y **todos los corcobados que tenían alguna lesión y defecto en sus personas**, diciendo que no se hallasen en aquellas fiestas porque sus culpas heran asi hechos y que los hombres desechados no hera justo se hallasen allí por que no estoruasen con su desdicha alguna buena dicha. "Usaban plegarias colectivas para pedir la huída de las enfermedades (Molina). "¡Las enfermedades, de-

sastres y desdichas y peligros, salid de esta tierra!" ¡Vaya el mál fuera! I asi, después de haber verificado muchas ceremonias, tiraban sus ropas al río, se lavaban i se bañaban, para que el agua arrastrara sus males; dándose grán contento por el significado de la fiesta y esperando la próxima coyuntura el año próximo, para renovar las ceremonias y los ritos.

Sin duda que el tratamiento por la brujería en el folklore popular, está bastante difundido.

En el lenguaje popular existe la enfermedad del ojeo, o mal de ojo, que se relaciona con buen número de enfermedades del sistema nervioso y en segundo término del aparato digestivo. En determinados sitios del Perú, como en departamentos del norte y en especial en Lambayeque, el susto i el ojeo sirve hasta cierto punto de procedimiento terapéutico. Hasta en la sintomatología propia del ojeo, citan los curanderos populares la nausea, el vómito, la cefalalgia, el estrabismo, etc., y esta misma sintomatología que puede simular meningitis, puede ser curada por las mismas prácticas del ojeo, (Valdizán, ob. cit.).

Ningún proceso patológico, menos aún los pertenecientes a los linderos nervioso o mentales ,escapan del dominio amplio de la brujería. Donde el médico científico muestra su insuficiencia ha dicho Flexner, el charlatán se revela un valor positivo.

En el departamento de Arequipa, al sur del Perú, cuando se desea que la persona enemiga padezca de dolores reumáticos o de parálisis ,se procura un calcetín o media, se introduce en ella un poco de paja de trigo y después entierran el todo en tierra húmeda (Valdizán). Cuando comienza la descomposición de la paja enterrada, principian a manifestarse en la persona odiosa, los síntomas de parálisis o reumatismo, baldándola o tulliéndola.

Conocen los brujos, sobre todo de Arequipa, muy bien escritos psicológicamente por Escomel, muy pocos procesos de índole nerviosa. Dos principales son a mencionar: el aire pasmo o Huricusca y Burla, que llaman corea y otras afecciones nerviosas de carácter convulsivo, (Escomel, ob. cit.).

En el departamento de Lambayeque se describe lo siguiente: "un paralítico que no encuéntra alivio médico a su mál, hasta que sus allegados apelan a la brujería. Después de tres noches de jugar (asi llaman tender la mesa) se vino apié, del monte a la población. En el tránsito encontró un

baile i se puso a bailar. Hasta la fecha se encuentra bueno y sano". Añade el autor, que en ciertos procesos nerviosos, ha visto curaciones verdaderamente asombrosas (55).

A este ojeo citado anteriormente, pueden hacer coincidir i atribuir por el vulgo, el tétano del recién nacido. Dicho tétano, es producido por la caida del cordón umbilical (Granada, ob. cit.).

La inteligencia primitiva, la del indio autóctono, por más de la vivacidad de ingenío de que nos habla el puntualisimo Cieza, sigue como hemos dicho al principio, las líneas de menor resistencia. Las concepciones simplistas, que les hacía concebir que el alma residía en algunos órganos o partes del cuerpo, como las uñas, los cabellos, la saliva, etc., los lleva de la mano a concebir idéntica cosa en el tratamiento. La simplicidad de la concepción, los lléva a la terapéutica simplista y taumatúrgica.

"La brujería engendra la mágia, especie de brujería simbólica cuyos efectos se cumplen a distancia, y que consisten en representar la imagen de la persona sobre la que se desea influir, mediante algunas manipulaciones complicadas y variadas. En la mágia tienen una importancia especial el retrato y el nombre, que tienen íntima conexión con el individuo. (56).

Iremos precisando poco a poco, la constitución biotipológica del indígena, a través del empirismo de la historia.

Dice Morúa (Morúa, Fr. Martín, Historia de los Incas, Col. Urteaga-Romero); Eran los indios de mediana estatura y un poco morenos, traían el cabello corto y los demás indios lo traían en generál largo y la barba rapada".

El Padre Cobo (Ob. cit.) acucioso investigador y buen naturalista dice: "son tódos naturalmente flemáticos de complexión; y como la fléma natural hace blanda y húmeda la sustancia de los miembros del cuerpo y así se cansan presto y no son para tanto trabajo como los de Europa. Junto con ser flemáticos son en extremo sanguíneos, de donde les nace ser excesivamente cálidos...". En otra parte de su libro agrega: "...como se prueba que en el tiempo de mayores fríos y hielos, si se les toca la mano, se les hallará siempre calor notable".

Es indudable que la mayoría de las opiniones de cronistas, son en cierta parte interesadas, y el interés estriba en deposeer al indio de su robusta constitución. ¿Quién mejor adaptado que él para las grandes alturas? El término sanguíneo, es sinónimo de hábito apopléctico y la opi-

nión la comparten Cobo y Ulloa (Antonio), que piensan sea en ellos frecuente la apoplejía cerebral, "por tener constitución tosca y poco sensible". En cuanto a que tienen blandas y delicadas carnes y que se cansan presto, es un mito. El indio con un puñado de coca, puede soportar las más crúdas adversidades del tiempo i la fatiga muscular. En su mejor excitante a la débil proporción que la emplean.

Volvamos nuevamente a Morúa, que sus crónicas serán siempre inestimables para reconstruir la vida incaica. Dice: "...por qué los españoles son coléricos y ellos flemáticos" (los indios), lo mismo que Cobo asegura ser la flema peculiar al indígena (Calancha también opina lo mismo) Flema en este caso representaría para el cronista, la pasividad y negativismo tan peculiar a la raza india Correspondería, hablando en términos constitucionales al temperamento. Es individuo de reacciones lentas, de tendencia vagotónica, muy al contrario de las reacciones violentas de los españoles siempre simpáticotonicos.

La tan decantada debilidad somática del indígena, es una mentira que sostuvieron durante siglos los gobernadores y virreyes, para tener apoyo político a sus desmanes. Se lee por ejemplo en las Memorias del Virrey Toledo muy al principio de la conquista: "...y como su resistencia siempre fué tan flaca a cualquiera que le pretendía hacer ofensa", lo que motiva la trata de negros, el hampa africana que vino a producir la miscegenación y degradación de las razas del nuevo continente.

Pasemos bruscamente de una a otra época de la historia, y atengámonos a estudios recientes sobre características somáticas antropológicas del indígena peruano. Estas observaciones demuestran indubitablemente su enorme resistencia a la fatiga. Hurtado, buen investigador nacional (57), dice: "De estudios prácticados en 100 indígenas provenientes de los departamentos del centro, podemos comprobar que el indio peruano posee como caracteres antropométricos y raciales: **baja estatura y alto peso,** amplio tórax con tendencia a ser enfisematoso y una capacidad vital bastante elevada".

En otro estudio bien documentado sobre metabolismo en el Perú, Hurtado (58) dice: "La raza indígena a pesar de sus caracteres racionales y antropométricos distintos a otras razas, y a pesar de su imperfecta adaptación a la vida en las alturas y **su enorme resistencia física** y hábitos de vida completamente diferentes, igualmente posee el mismo nivel metabólico de otras razas...".

Si bien el indio es fuerte desde el punto de vista físico, no lo es tratándose de los agentes infecciosos externos. La muy extrema sensibilidad del indígena para los procesos infecciosos, comprobados a través de la historia, corrobora la frase del médico aragonés Cosme Bueno, que los indios tienen los huesos duros y las carnes blandas.

El sistema vegetativo del indígena no se ha modificado desde los tiempos de Manco Cápac. La monotonía de su ritmo de vida, se hace cada vez más automático, sucede el eclipse total de su personalidad, la reducción progresiva de sus actividades volitivas y la armonía entre la apacibilidad del paisaje serrano y la más apacible vida interna del indígena, vale decir de sus sistemas neuro-orgánicos. La apariencia tipológica nos hace presumir grosso modo, su tendencia hacia el tipo constitucional pícnico, sin entrar en mayores mediciones somáticas. De pequeña estatura, rechoncho, de corto cuello, mesocéfalo, con predominio de las cavidades viscerales, como pasa con el tipo descrito por Kretschmer. El Prof. Carlos Monge (59), afirma que el indio antropológicamente corresponde al braqui-tipo-microsplácnico de Viola, o sea idéntica opinión y variación solamente de clasificación. En el mismo trabajo, de subido valor científico, que representa resúmen y extensión de trabajos anteriores, encontramos datos importantes respecto al comportamiento del sistema vegetativo del indígena en la altura. Dice Monge: "Es evidente que éstas manifestaciones y otras que la experiencia de la vida del antiplano nos ofrece, hablan de peculiaridades vegetativas muy dignas de consideración. El predominio de la acción del vago se deja sentir apenas se sube. No es raro después de un esfuerzo violento del recién llegado, sentir la típica sensación de bulimia ansiosa de los ulcerosos del estómago. Quizá esté allí el secreto del beneficio evidentísimo del clima de la montaña del Perú".

En comprobación de su aserto, estudia el Dr. Monge en muchos casos el reflejo solar y la prueba de saturación de atropina de Danielopolu. Creee dspués de pacientes comparaciones, que esta manera de reaccionar del vegetativo del montañés, es diferente del llano. De este predominio vagal dice el autor, llega a extremos incalculables en los casos de eritremia ,y añade: "...es curioso observar como la sangría, y algunas veces la punción lumbar o el aumento de presión barométrica, hace cesar bruscamente toda sensación patológica..."

Podríamos inclinarnos con todos estos datos históricos y experimentales, hacia una **constitución vagotónica** del indígena peruano, tal como la concibieron en un principio

Eppinger y Hess y Guillaume (60), que en sus formas graves i avanzadas puede llegar a constituir una verdadera enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1.—**Garrison, Fielding H.**—Introducción a la historia de la Medicina.

2.—**López Albújar.**—Sobre la psicología del indio. Amauta, dic. 1926.

3.—**Cieza de León, Pedro de.**—La Crónica del Perú, Madrid, 1853.

4.—**Acosta, Joseph de.**—Historia Natural y moral de las Indias, 1792.

5.—**Pérez Palma, Recaredo.** — La evolución mítica en el Imperio del Tahuantinsuyu. Tesis de Lima, Rev. Universitaria, 1919.

6.—**Stolanoff, Prof. Dr. P.**—Le folklore medical en Bulgarie. Libro de actas t. II del X Congreso de Historia de la Medicina, 1935.

7.—**Encinas, José A.**— Causas de la criminalidad indigena en el Perú. Revista Universitaria, Lima, 1919.

8.—**Romero, E.**—Monografía del Departamento de Puno, 1928.

9.—**Choquewanca, Domingo J.**—De la biografía particular del indígena, que comprende sus usos, costumbres, vicios y preocupaciones. Revista Inca.

10.—**Lastres, Juan B.**— Neuraxitis, parkinsonismo y geografía médica. Comunicación a la Conferencia Médica Nacional. Lima, enero de 1935.

11.—**Tschudi, Juán Jacobo.**—Contribución a la historia, civilización i lingüistica del Perú antiguo. Col. Urteaga Romero.

12.—**Valdizán, Hermilio.**— La medicina popular peruana, (Con A. Maldonado) 1923.

13.—**Frazer. James G.**—The Golden Bough, 1924.

14.—**Abel y Macht.**—El sapo, lo mismo que el zorrillo, que hemos mencionado anteriormente, tiene mucha parte en la génesis de los procesos nerviosos, asi como en el factor curativo. Se debería ésta última a la presencia de dos alcaloides: La bifagina y la epinefrina.

15.—**Urteaga, Horacio.**—El Perú bocetos históricos, 1928.

16.—**Escomel, Edmundo.**—Obras científicas.

17.—**Romero, E.**—Ob. citada.

18.—**Oviedo, González Fernández de.**—Sumario a la historia natural de las Indias.
19.—**Yacovleff, E.—y Muelle J. C.**—Un fardo funerario de Paracas. Revista de Museo de Arqueología, Lima.
20.—**Relaciones geográficas de Indias.**—Publicadas por el Ministerio de Fomento, Perú, tomo I, 1881.
21.—**Cabello Balboa, R. P. Miguel.**—Historia del Perú.
22.—**Escomel, Edmundo.**—Del Folklore de Arequipa. Obras científicas.
23.—**Granada, D.**—Superticiones del Río de la Plata.
24.—**Fernández Moro, Revdo. P. Fr. Wenceslao. Misionero de Urubamba y Madre de Dios.**
25.—**Granada, Daniel.**—Reseña histórica, descriptiva de antiguas y modernas supersticiones del Río de la Plata, 1896.
26.—**Valdizán, H. y A. Maldonado.**—Ob. cit.
27.—**Acosta Joseph de.**—Ob. cit.
28.—**Ugarte, Luis Angel,** Médico titular del Cuzco.—(Carta particular).
29.—**Palma, Ricardo.**—Tradiciones peruanas.
31.—**Valdizán, H.**—La alienación mental entre los primitivos peruanos.
42.—**Carcilaso de la Vega.**—Comentarios Reales.
33.—**Ondegardo, Polo de.**—Citado por Arriaga.
34.—**Lastres, Juan B.**—Investigación histórica del pasado nervioso peruano, Lima 1935.
35.—**Ondegardo, Polo de.**—Instrucción contra las ceremonias y ritos que usan los indios al tiempos de su infidelidad. Rev. Histórica del Perú, 1906.
36.—**Delgado, Honorio F.**—Tratamiento de la parálisis general por el método de Wagner von Jauregg. Rev. de Criminología, psiquiatría y medicina legal. Buenos Aires, VIII, 47, set.,-octubre, 1921.
37.—**Pardo Figueroa, Pedro.**—Tratamiento de la parálisis general progresiva por el método de Wagner von Jauregg. Tesis de Lima, 1927.
38.—**Maldonado, Angel.**— Trabajos científicos, 1912-1915.
39.—**Herrera.**—Década, IV, p. 177.
40.—**Herrera.**—Década III, cita de Maldonado.
41.—**Maldonado.**—Obra citada.
42.—**Cobo, Padre Bernabé.**—Historia del Nuevo Mundo.
43.—**Monardes.**—Historia medicinal de las cosas que se extraen de nuestras Indias Occidentales.
44.—Recopilación de las leyes de los Reynos de las Indias. Madrid, 1766.
45.—**Villavicencio.**—Lima, Tesis de Bachiller.

46.—**Misión Candelaria de la tierra de Fuego.** Citado por Granada. Supersticiones del Río de la Plata.
47.—**Mejía Xesspe, M. Toribio.**—Algunas creencias y costumbres de los indígenas del Departamento de Arequipa, 1822.
48.—**Olano, Guillermo.**—La medicina en el idioma Incaico.
49.—Expedición a la sierra de la Ventana, por D. Pedro Andrés García, (1821), en la colección Angelis D. Lucio V. Maurilla. Una excursión a los Indios Ranqueles. D. Manuel Olascoaga, La conquista del desierto. Ob. de Granada.
50.—**Alvar Núñez Cabeza de Vaca.**—Naufragios y relación de la jornada que hizo a la Florida. Biblioteca de autores españoles.
51.—Costumbres Antiguas de los naturales del Perú. Tres relaciones de antigüedades peruanas.—También del **P. Joseph de Acosta,** Ob. cit.
52.—**Bazzocchi, Giuseppe.**—Vecchio Perú, Liccinio Capelli, Bologne, 1923.
53.—**Arriagada, Pablo Joseph de.**—La extirpación de la idolatría en el Perú.
54.—**Molina, Cristóbal de.**—Relación de las fábulas y Ritos de los Incas. Col. Urteaga Romero.
55.—**Bachmann, Carlos J.**—Departamento de Lambayeque, Lima, 1921, pág. 109-122, citado por Valdizán.
56.—**Pérez Palma, Recaredo.**—Ob. cit.
57.—**Hurtado, Alberto y Guzmán Barrón, Alberto.**—Estudios antropométricos de 100 indígenas provenientes de los Departamentos del centro. Rev. de la Sanidad Militar. Lima, 1934.
58.—**Hurtado, A.**—Estudios de metabolismo básico en el Perú. Lima, 1928.
59.—**Monge, Carlos.**—Algunas características biológicas del hombre de los Andes, 1934. Com. a la Academia de Medicina de Buenos Aires.
60.—**A. C. Guillaume.**—El simpático y los sistemas asociados.

Juvenal Barrientos Rosas,

Prosector del Manicomio Nacional

Edgardo Schirmer R.

Médico del Instituto de Medicina Legal y Ayudante del servicio de Anatomía Patalógica del Manicomio de Santiago

La constitución en la norma anterior de la cabeza

PROLOGO

La era microbiana de la medicina iniciada por Jenner, Semmelweis, Pasteur, Koch y tantos otros, dió una luz tan potente que hizo que todo el pasado fuera considerado como obscuro. El terreno tan considerado por las escuelas de Hipocrates y Galeno fué casi olvidado. No haremos la historia del terreno contentándonos con decir que hoy día se ha vuelto al justo término medio, dando igual importancia a los agentes causantes de las enfermedades como al terreno en que evolucionan.

La CONSTITUCION, es la anatomía individual y por lo tanto no sólo debe interesar al morfólogo sino también al fisiólogo, ya que es absurdo que exista un fisiólogo sin bases morfológicas y al hablar de fisiólogo incluimos naturalmente al fisiólogo cúspide, al psicólogo, pues la vida de relación descansa sobre el cimiento somático vegetativo.

Nosotros trataremos solamente la constitución morfológica y de paso sólo haremos considerandos fisiológicos someros para darle mayor importancia y viveza a los signos anatómicos.

Constitucion (del latin cum-con y statuere-establecer en griego se dice sinthesys) es la totalidad de los complejos característicos morfológicos y funcionales, ya heredados (genotipo) ya adquiridos (fenotipo) y cuya base lo constituyen las glándulas de secreción interna. De modo que la constitución en último término es el estudio de la endocrinología individual normal. La constitución naturalmente se divide en externa e interna, ambas naturalmente en íntima correlación; los antiguos llamaban a esta correlación biotaxis (del griego taxis-poner acorde). Estudiaremos solamente los complejos morfológicos externos en la norma anterior de la cabeza. Estos complejos son: el tipo, el temperamento, la raza, la edad y el sexo.

Tipo (del griego typos-figura) es el estudio de la figura del individuo delimitada por puntos fijos óseos (Sigaud. Chaillou etc.) por lo tanto el tipo es estático.

Temperamento (del latin temperamentum-la mezcla lo que en griego se dice Krasis) es el mayor o menor grado de desarrollo de las partes blandas, caracterizado por el predominio de uno o de varios tejidos. El temperamento es más modificable que el tipo pues esta constituído por partes blandas mientras que el tipo es esquelético, fijo. El temperamento, o predominio de uno o varios tejidos, es la base de lo dinámico; se dice por ejemplo temperamento linfático, sanguíneo, muscular, graso etc. El tipo y el temperamento de la constitución externa forman **el hábito** (del latín habitus-modo de ser).

Raza, es el conjunto de individuos de una misma especie con iguales caracteres morfológicos corpóreos, que una vez producidos se reproducen. Es necesario no confundir el concepto morfológico de raza con el de lengua o idioma y en general con el de pueblo. Así no hay raza chilena. sino que pueblo chileno; no existe raza aria sino que lenguas arias.

Edad (del latín aetas) es cada una de las distintas fases del desarrollo del ser desde que nace hasta que muere.

Sexo es el conjunto de diferencias entre los individuos en cuanto a su aparato genital se refiere.

Llámase norma el plano en que se observa lo examinado, así se describen en la cabeza la norma anterior cuando se mira en individuo por delante, posterior cuando se mira por detrás, etc., estando naturalmente la cabeza en el plano auriculo ocular.

Debemos agradecer la gran ayuda técnica del Dr. AURELIANO OYARZUN, iniciador de los estudios antropo-

lógicos en Chile y actual Director del Museo Histórico Nacional.

LA CONSTITUCION EN LA NORMA ANTERIOR DE LA CABEZA.

Estudiaremos la constitución en la norma anterior de la cabeza en el enfermo A. V. del Manicomio Nacional de Santiago de Chile (fig. Nº 4), comparativamente en otros enfermos para hacer resaltar más clara y objetivamente las diferencias.

TIPOLOGIA EN LA NORMA ANTERIOR DE LA CABEZA

Para estudiar la tipología en la norma anterior de la cabeza, tenemos que considerar **el contorno** y el **área** desde el punto de vista médico práctico.

CONTORNO DE LA NORMA ANTERIOR DE LA CABEZA

FIGURAS DEL CONTORNO.

Los siguientes son los puntos fijos que circunscriben la figura del contorno (Fig. N.º 1):

VERTEX (V) que quiere decir cima en latín, es el punto más elevado de la cabeza en la línea medio sagital, orientada la cabeza en el plano aurículo-ocular; no es por lo tanto un punto fijo morfológico, sino que un punto de orientación, variable según ella, transitorio, tanto es así que cuando el bregma no tiene depresión se confunde con el vértex. Además es variable según el plano que se considere, así cuando se considera el plano aurículo-ocular del vértex coincide casi siempre con el bregma. Tiene correspondencia en el esqueleto. En el enfermo en estudio de la fig. 4 el vértex coincide con el bregma puesto que este no presenta depresión.

EURION (EU), del griego eurys-ancho, es aquel punto del cráneo con sus partes blandas que sobresale más lateralmente y se determina midiendo la mayor anchura de

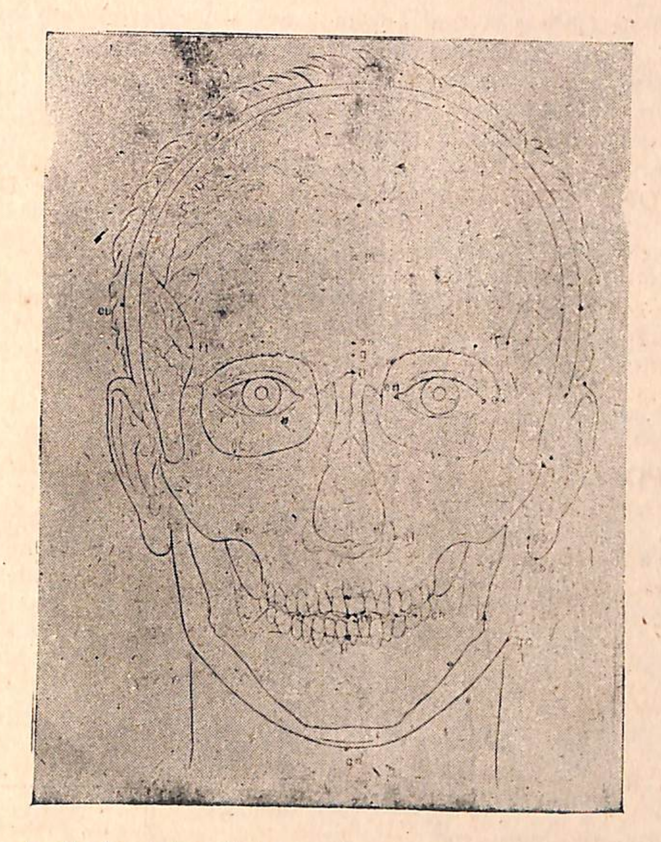


Fig. 1.—Puntos antropológicos de la norma anterior de la cabeza. Lehrbuch der Antropologie de R. Martin, 1914.

este con el campás de tacto (fig. 2); este punto es variable, es decir, que no siempre está situado en el mismo plano horizontal; pudiendo estar **alto** coincidiendo con las protuberancias parietales, las que están a la misma altura que el vertex, dando así la **figura en cuña**, con la base superior plana, comprendida entre ambos euriones y que pasa por el vertex. En la posición **media** de los euriones también coinciden con las protuberancias parietales, pero estas están por debajo del vértex, dando así la **figura en casa o tienda de Heberer** (fig. 3). En la posición **baja** de los euriones, ellos no coinciden con las protuberancias parietales y están por debajo de ellas en la escama del temporal dando la **figura de bola o bomba.** Esto puede verse en el enfermo en estudio (fig. 4) en el que el eurión está en posición baja.

TRAGION (T), del griego, tragos-cabro, pues en esta región salen pelos como la pequeña barba del chivato, tanto es así, que estos pelos se denominan en latín barbulahirci, nombre con que se les conoce en latín, que quiere decir pequeña barba del chivato (del latín hirci-chivato). El tragion es aquel punto del borde superior del trago situado en el entrecruzamiento de dos tangentes, una que pase por el borde superior y otra que pase por delante de él. Este punto está situado a 1 o 2 mms. por debajo de la espina del hélix, fácilmente palpable. En el esqueleto se le reemplaza por el porión. Algunos autores reemplazan este punto por el postaural. En el enfermo en estudio (fig. 4) el trago corresponde con lo dicho y en él no hay pelos.

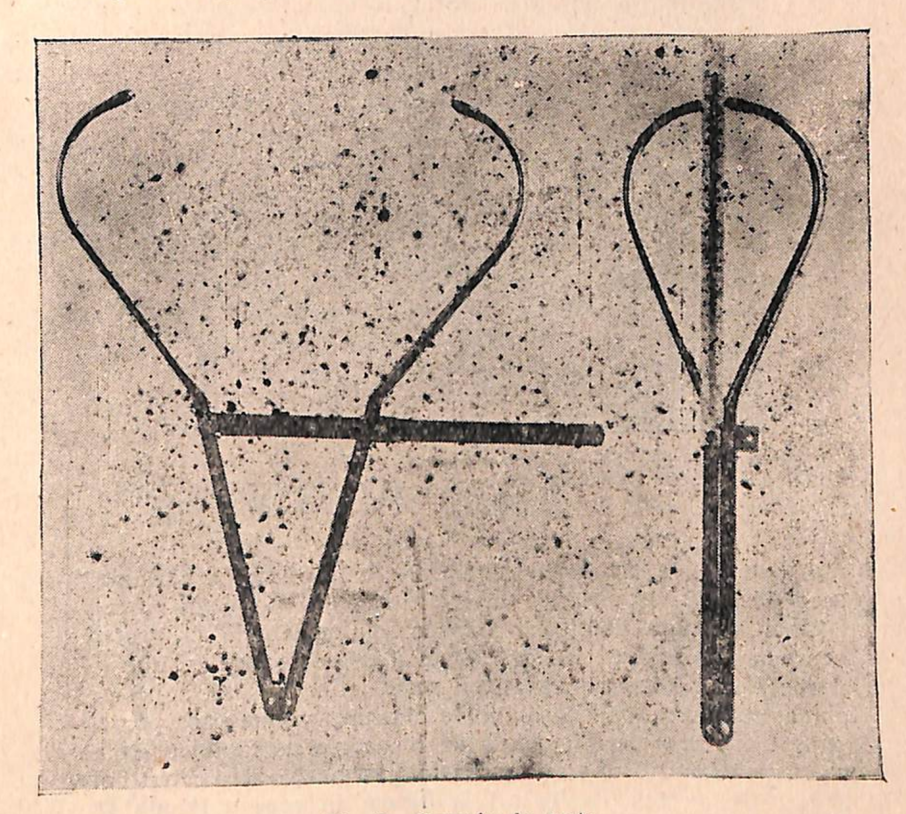


Fig. 2.—Compás de tacto.

GONION (GO), del griego gonia-ángulo; es el punto más externo de la piel a nivel del ángulo del maxilar inferior, el gonión en el enfermo en estudio (fig. 4) tiene la misma correspondencia.

GNATION (G), del griego gnados, que equivale en latín a mentum, todo lo cual en castellano significa barba, por lo cual también se le llama punto de la barba, también se le designa con el nombre de punto mentoniano o sinfisiano; es aquel punto situado en la piel del borde inferior del maxilar inferior más sobresaliente hacia abajo en el plano medio sagital.

Para trazar el contorno de la norma anterior de la cabeza tenemos que unir todos los puntos antes citados.

Las figuras del contorno total de la cabeza no se usan en la práctica por poderse determinar con más precisión en la cara fisiognómica. Aquí estudiaremos solamente la figura de la porción craneana de este contorno. Esta figura de la porción craneana puede ser angulosa o curva, lo que depende de la posición de los euriones. Las figuras angulosas son signo de poco desarrollo del cráneo y las curvas de mayor desarrollo de él.

FIGURAS ANGULOSAS:

Figura en cuña, es debida a que los euriones están en posición alta coincidiendo con las protuberancias parietales, las que están al mismo nivel del vértex, el que no sobresale de ellas sino que está en el mismo plano, dándonos esta figura en cuña en que la mayor anchura bi-éurica es la base de esta cuña. Esta figura es un signo muy marcado de poco desarrollo craneano.

Figura en tienda o casa de Haberer, es debida a que los euriones están en posición media, coincidiendo con las protuberancias parietales, las que están por debajo del vértex y la mayor anchura bi-éurica representa la base del techo de la tienda, las paredes laterales del cráneo en la línea medio sagital a nivel del vértex, lo que constituye el techo de la casa, por debajo de los euriones las paredes laterales son casi verticales (fig. 3).

FIGURAS CURVILINEAS:

Figura en bola o bomba u obús de Haberer, es debida a que los euriones están en posición baja, no coincidiendo con las protuberancias parietales y estando situados en la escama temporal, las paredes laterales del cráneo por esto

toman una forma abombada junto con las porciones superiores hasta el vértex. Esto es un signo de predominio craneano de la cabeza propios de los **aristen y euencefálicos,** (del griego aristos-elmejor y eu-bueno). Esto puede verse en el enfermo en estudio (fig. 4) y en el cráneo sin partes blandas (fig. 6).

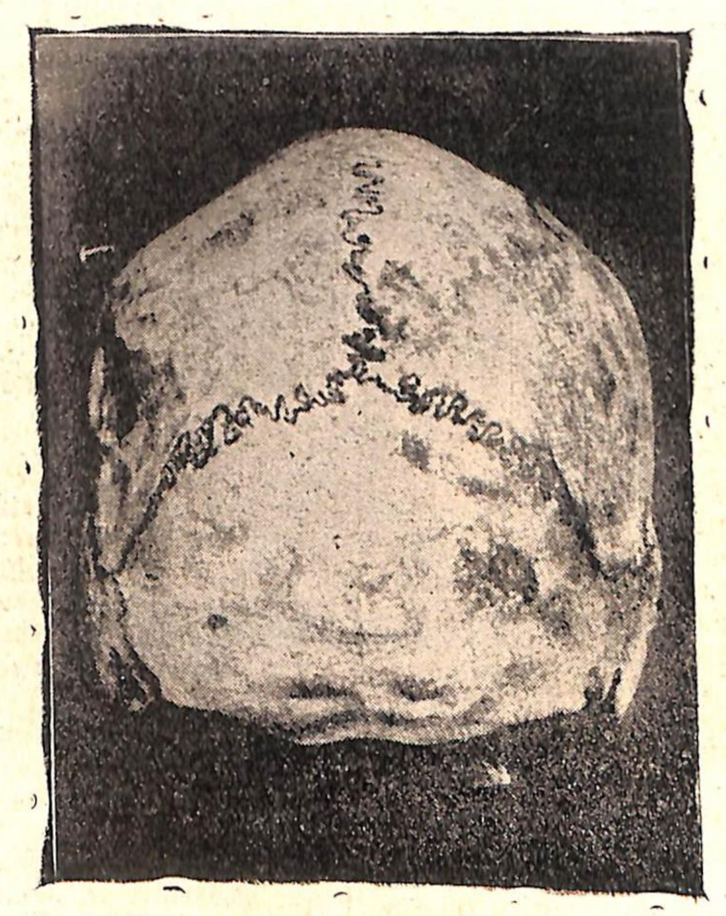


Fig. 3.—Figura en tienda del cráneo. R. Martin, 1914.

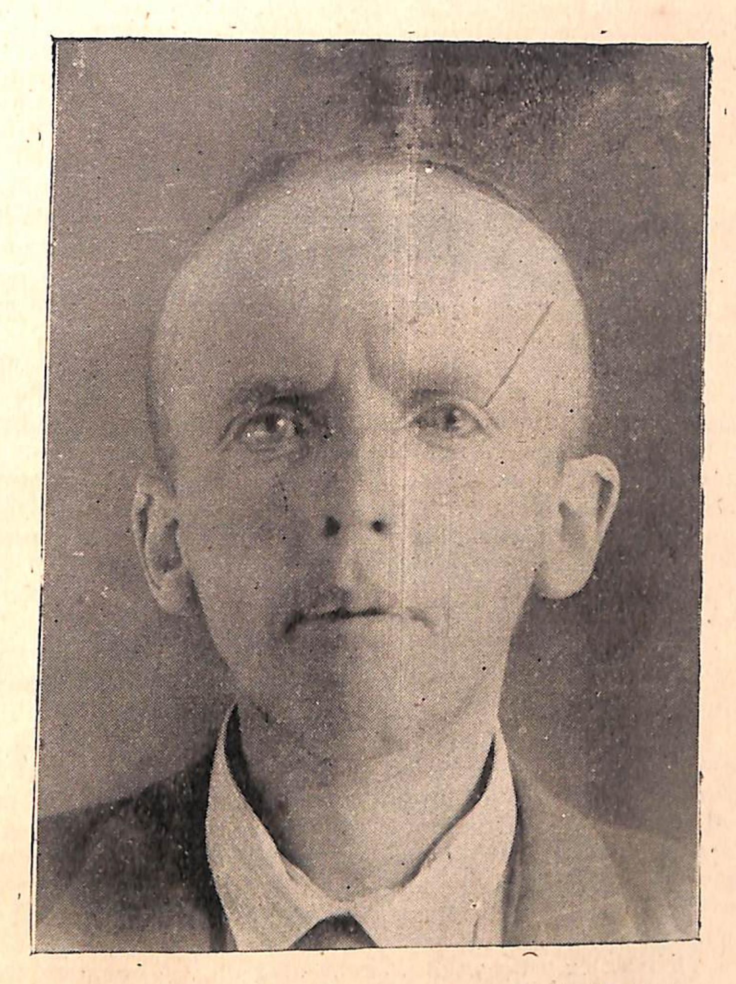


Fig. 4.—Enfermo del Manicomio Nacional de Santiago.

Diagnóstico constitucional: figura ovoídea invertida con predominio frontal, displásico, de temperamento seco, de raza blanca xantocroide, era de la madurez, varón con desarrollo sexual igual a II.

AREA DE LA NORMA ANTERIOR DE LA CABEZA

En el área se estudia la configuración y las medidas más importantes de ella.

CONFIGURACION.

La parte más importante de la configuración en la norma anterior de la cabeza es la frente. Ella se divide en una porción superior **craneana o cerebral** y una porción inferior perteneciente a la cara llamada **región sub-cerebral del frontal,** la que contiene los senos frontales anexos de las fosas nasales y que no tiene relación con el cerebro, cuyo mayor desarrollo está en relación directa con el mayor desarrollo de las fosas nasales y por ende de la cara. Estas dos porciones están separadas por una línea horizontal que pasa por el ofrión.

OFRION (ON), del griego ophrys-ceja, también llamado punto superciliar en el blando y que en el esqueleto se llama supra-orbitario, que tanto en el blando como el óseo se le designa con el nombre genérico de supra-nasal. Es aquel punto en que se cruza la tagente que pasa el borde superior de las cejas con la línea medio-sagital; a veces coincide con la glabela, pero por lo general está a algunos milímetros por encima de ella (fig. 1).

Porción cerebral del frontal.

En ella se observan las eminencias frontales y el surco situado entre ellas.

Eminencias frontales, son los representantes de los lóbulos frontales del cerebro, cuyo mayor desarrollo está en relación con la mayor prominencia de ellas en **estado normal** y es debido al aumento de la presión intra-craneana. Para avaluar la mayor o menor prominencia de ellas se usa la escala de Broca en que el 0 corresponde a la ausencia de ellas; el 1 prominencia débil; 2 prominencia mediana; 3 prominencia marcada y 4 prominencia muy marcada.

Cuando hay desarrollo desigual de las eminencias frontales tenemos un signo displásico (del griego dys-mal y plassein-formación) llamada **plagiocefalia cruzada** (del griego plagios-oblicuo) en la cual la eminencia frontal de un lado es más sobresaliente que la del lado opuesto, sucediendo lo inverso en la región occipital, esto se puede ver mejor en la norma superior (fig. 5). A pesar de que esta norma superior no es objeto de este trabajo, haremos notar la gran importancia que tiene para el cirujano al intervenir en el cerebro, determinar previamente la figura exacta del contorno de la norma superior, tan importante para la topografía cráneo-cerebral, que como dice Gratiolet el cerebro se amolda sensiblemente al cráneo.

En nuestro enfermo (fig. 4) se observa esta displasia plagiocefálica cruzada por la mayor prominencia de la protuberancia frontal derecha que la izquierda, sucediendo lo inverso en la región occipital.

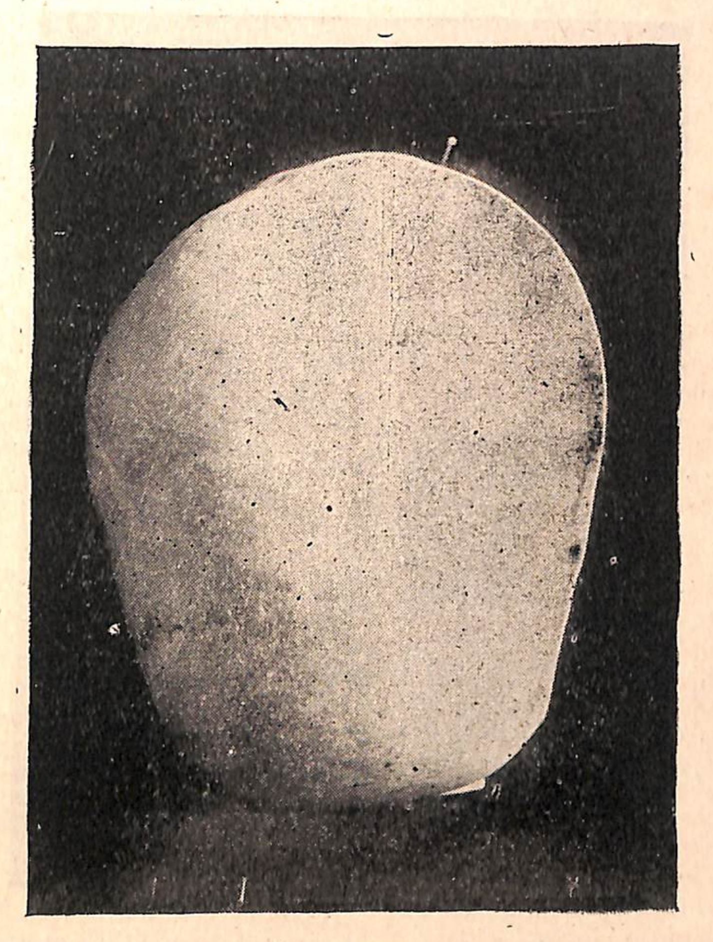


Fig. 5.—Cráneo del Instituto de Anatomía Patológica del Manicomio Nacional de Santiago de Chile.

Surco o sutura metópica (del griego metopón-frente), esta sutura puede soldarse precozmente y entonces está representada por una cresta o torus frontal (del latín torus-cresta o cordón) lo que significa poco desarrollo craneano. Cuando la sutura frontal o metópica no se suelda debido a un aumento de la presión intra-craneana con desarrollo muy marcado de los lóbulos frontales **en un individuo normal**

(no patológico) esta sutura está representada en las partes blandas por un surco, lo que constituye el metopismo (Fig. 6) y lo que se puede palpar.

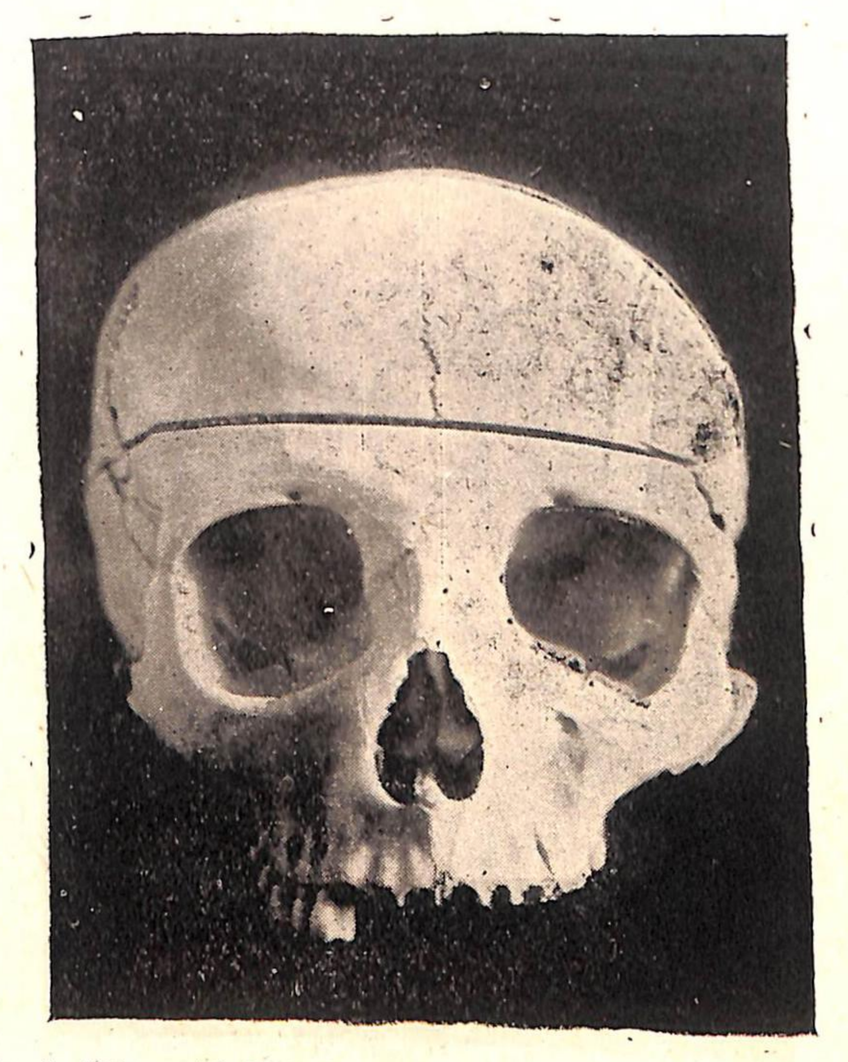


Fig. 6.—Cráneo del Instituto de Anatomía Patológica del Manicomio Nacional de Santiago de Chile. Metopismo.

Porción subcerebral del frontal.

Como hemos dicho esta porción es un representante del desarrollo de la cara y en dermatología se designa con el nombre de **región** superciliar; para el neurólogo y psiquiatra **región subcerebral**; para el antropólogo región glabelar; para el oftalmólogo **región supraorbitaria** y para el otorinólogo **región del seno frontal.**

En esta región se pueden presentar cuatro configuraciones distintas: **Primera configuración**, el **borde orbitario o margor orbitario** es cortante y saliente, por encima de la mitad interna de el existe el **arco superciliar** en su totalidad, llamado también **eminencia ósea semilunar**, cuyo eje es oblícuo hacia arriba y afuera; por encima de la mitad externa del margor orbitario en cambio hay una superficie plana, triangular, ligeramente convexa llamada **trígono o plano supraorbitario** que se confunde con esta parte externa del margor. La glabela está en el punto de confluencia de los dos arcos superciliares, la que está muy borrada y representada por una superficie plana o por una depresión. Como se ve hay una independencia absoluta entre el margor, arco superciliar y el trígono.

Esta primera configuración es netamente antropina y muy frecuente en el individuo con predominio craneano de la cabeza como puede verse en el cráneo de la figura N.º 6 y en fig. N.º 7 A, y en nuestro enfermo.

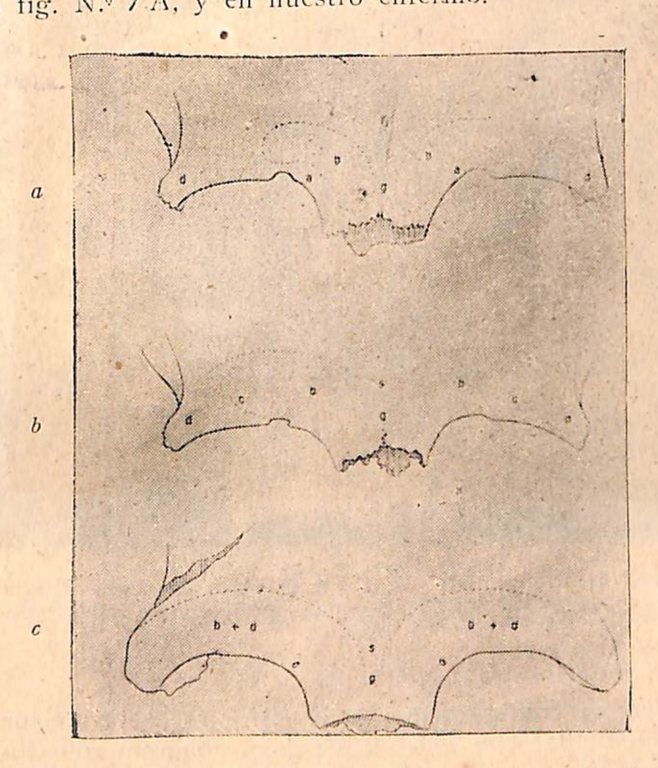


Fig. 7.—Distintos estados de desarrollo de la región subcerebral del frontal. R. Martin. Antropologie, 1914.

Segunda configuración, la mitad interna del margor se ha fusionado con el arco superciliar, el que está más desarrollado y prominente y por esto la superficie del trigono se reduce considerablemente, estando el arco superciliar separado del trígono por un surco que asciende desde la escotadura supraorbitaria. La glabela prominente se encuentra en la confluencia de ambos arcos superciliares.

Esta segunda forma significa poco desarrollo del cráneo y mucho de la cara y es propia del hombre primitivo, australiano, así como del individuo actual con manifiesto desarrollo de la cara (fig. 7 B y fig. N.º 8).

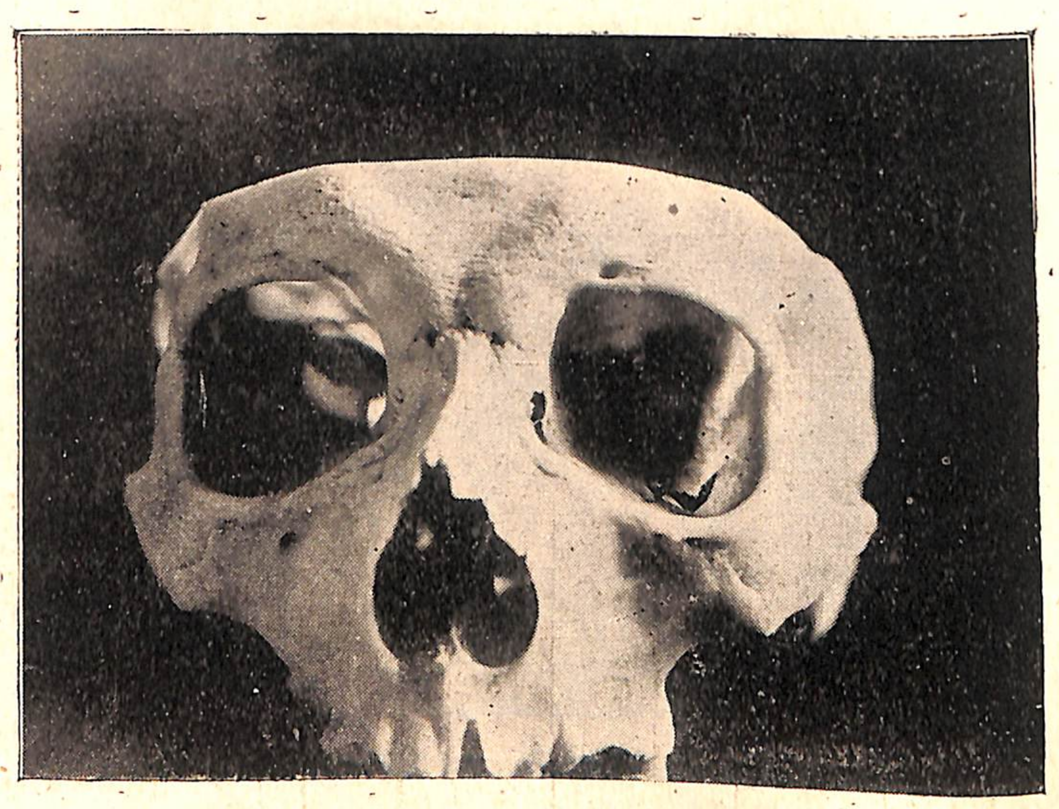


Figura Nº 8.—Cráneo del I. A. P. de Santiago de Chile. Diagnóstico mental: degeneración mental. Segunda configuración subcerebral del frontal.

Tercera configuración, es constituída por la **fusión** del arco superciliar con todo el margor y trígono consttiuyendo un todo único llamado **torus supraorbitario,** que es un cordón óseo extendido desde la glabela muy prominente hasta la apofisis orbitaria externa del frontal, habiendo desapa-

recido el trígono supraorbitario; también esta configuración es propia del hombre primitivo y del australiano y se acerca al mono (fig. 7 C).

Cuarta configuración, es constituida por la **fusión de ambos torus** derecho e izquierdo a nivel de la glabela muy fuerte y prominente, lo que constituye la **visera supraorbitaria** de la región subcerebral, separada de la región frontal por una fosa en la línea media y por un surco, típica del hombre primitivo y del mono como puede verse en el cráneo de la figura N.º 9, y significa el máximo desarrollo de la cara y el mínimo del cráneo.



Fig. 9.—Cráneo I. A P. del M. S. de Chile. Cuarta configuración visera subcerebral del frontal

Como se ve, el desarrollo del cráneo está en relación inversa con el desarrollo de la cara, lo que se puede ver en la escala filogenética, debido en el hombre a la posición bípeda y que ha conservado su constitución somática primitiva (EL PROBLEMA DE ORIGEN DEL HOMBRE. Dr. M. WESTENHOEFER, 1936). De aquí la importancia de determinar en un individuo humano las medidas que fijan estas diferencias y que tienen gran importancia desde el punto de vista cerebral y mental.

En nuestro enfermo en estudio (fig. 4) hay un predominio exagerado del cráneo, estando la cara poco desarrollada y en el enfermo (fig. 10) hay un desarrollo marcado de la cara con respecto al cráneo.



Fig. 10.—Enfermo del Manicomio Nacional de Santiago de Chile.

MEDIDAS MAS IMPORTANTES DEL AREA.

Altura total de la cabeza o sea la distancia del vértex al gnation y se determina con el compás de brazos (fig. 11).

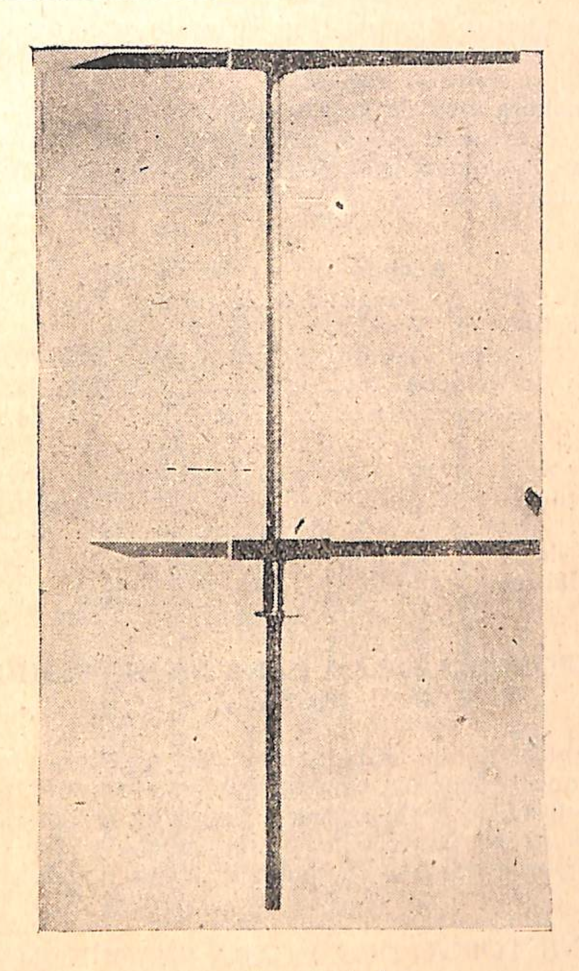


Fig. 11.—Compás de brazos.

Se puede determinar indirectamente restándole a la estatura la altura que hay desde el gnation al suelo, por medio del antropómetro (fig. 12).

Indice:

$$\frac{\text{Altura vértex-gnation} \times 100}{\text{estatura}}$$

Clasificación:

Mesocefálico de altura..	12—13
Camecefálico..	12—11
Hipsicefálico o escarpado..	13—14

En nuestro enfermo (fig. 4) la altura vértex-gnation es 22 y la estura 156 y nos da un índice de 14 por consiguiente es hipsicéfalo o escarpado.

Anchura total de la cabeza que es la mayor anchura en donde se encuentre, que generalmente está a nivel de los euriones, se mide con el compás de tacto (fig. 2).

Indice:

$$\frac{\text{Anchura de la cabeza} \times 100}{\text{longitud de la cabeza}}$$

Clasificación:

Mesocefálico de anchura	75—79,9
euricefálico	80—94,9
estenocefálico	60—74,9

En nuestro caso (fig. 4) la longitud del cráneo (que es la distancia recta lineal desde la glabela al opistocraneón, (compás de tacto)) es de 18 y la anchura de la cabeza o biéurica es de 16 lo que nos da un índice de 88 o sea de hipereuricefálico.

TIPOLOGIA DE LA CARA FISIOGNOMICA O ROSTRO

Dentro de la norma anterior de la cabeza, se encuentra lo que se llama la **cara fisiognómica o rostro**, que es toda la superficie de la norma anterior de la cabeza, situada por debajo del límite anterior del cabello y que es mucho más importante desde el punto de vista tipológico.

CONTORNO DE LA CARA FISIOGNOMICA

Para estudiar el contorno de la cara fisiognómica debemos determinar primero los puntos correspondientes a este contorno y estudiar después las figuras que él circunscribe.

PUNTOS.

Los siguientes puntos circunscriben los contornos del rostro:

TRIQUION (TR), del griego thrix-pelo, también llamado crinion, es aquel punto en que el límite anterior del cabello es cortado por la línea medio sagital, es difícil determinarlo en el niño con pocos cabellos frontales, así también como en los casos en que el límite anterior del cabello se

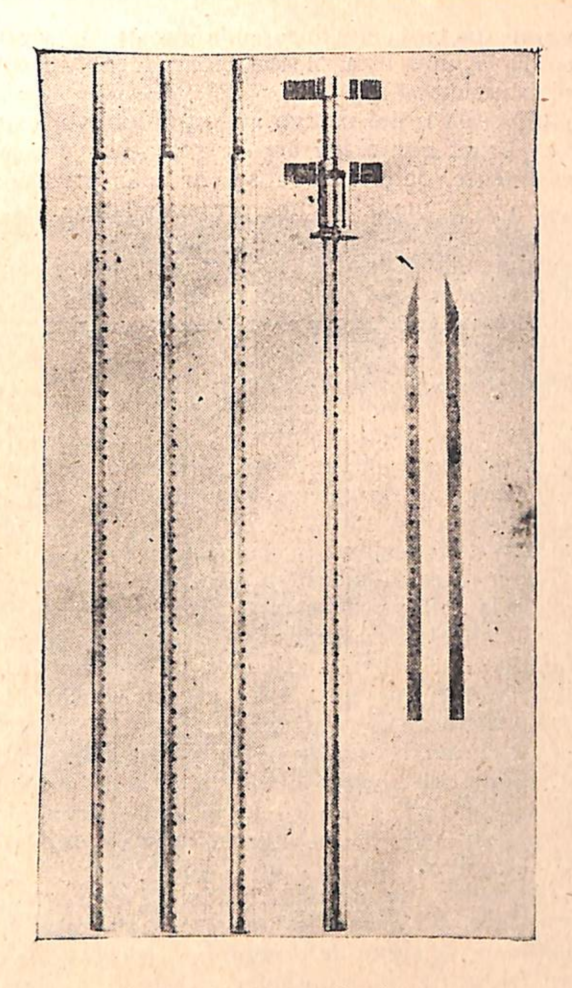


Fig. 12.—Antropómetro.

ha trasladado hacia atrás por la caída de él, como también en los casos de alopecia completa, en estos casos se determina aproximadamente de la siguiente manera, se observa el punto en la superficie de la piel en que hay un cambio de grosor y en que ella es lisa y menos arrugada y en este punto está aproximadamente el triquión. No tiene correspondencia en el esqueleto.

CORONION (CO), del latín corona, en el blando se determina aproximadamente levantando una perpendicular al plano aurículo-ocular, que parta desde el punto yugal o zigión hacia arriba, en esta perpendicular se determina con

el compás de tacto la anchura máxima de la frente, en los extremos de la cual está el coronión. Tiene correspondencia en el esqueleto.

ZIGION (ZY), del griego zygon-unión, en latin se dice yugum; es aquel punto del arco zigomático que sobresale mas lateralmente, determinándose con más precisión al medir la anchura bi-yugal. Tiene correspondencia en el esqueleto.

Es recomendable fijar la reciprocidad del zigión y coronión por medio del goniómetro parietal de Quatrefages.

GONION Y GNATION, ya descritos.

FIGURAS DEL CONTORNO.

Reuniendo los puntos antes citados obtenemos el contorno del trostro, que como dijimos al tratar de la figura del contorno anterior de la cabeza, este se estudia con más precisión refiriéndolas al contorno de la cara fisiognómica. Para determinar las figuras buscamos previamente el sitio donde se encuentra la mayor anchura del rostro en la norma anterior, la que puede estar ya sea a nivel de la anchura bi-coronal en el piso superior, frontal o cerebral; ya a nivel de la anchura bi-zigomática en el piso medio, nasal o respiratorio y por fin en el piso inferior, bucal o digestivo o sea en la anchura bi-goníaca.

Cuando la mayor anchura **es bi-coronal**, siendo la anchura bi-zigomática menor que esta y la bi-goníaca menor que la bi-zigomática, estando el gnation descendido por debajo de los goniones, obtenemos la **figura ovoídea invertida del rostro**, es decir con la punta del huevo dirigida hacia abajo, a nivel del gnation descendido, lo que es debido a un ensanchamiento del cráneo o un estrechamiento de la cara, por lo cual este es **signo de predominio cerebral o frontal del rostro**, (esta figura se acompaña con la figura en bola del contorno de la porción craneana de la cabeza como hemos visto). En nuestro enfermo (fig. 4) la mayor anchura es bi-coronal o frontal máxima, la que mide 14,2; la bi-zigomática 12,6 y la bi-goníaca es de 9,1, el gnation está descendido con respecto al plano de los goniones, dando por lo tanto la figura ovoídea invertida, lo que como hemos dicho es un signo de predominio cerebral del rostro.

Cuando la mayor anchura es bi-zigomática, siendo la bi-coronal y bi-goníaca más o menos iguales entre sí y estando el gnation poco descendido, obtenemos la **figura ovaloídea del rostro** (fig. 10) y sus derivados elipsoídea y circular, lo que es un signo de predominio nasal o respiratorio de la cara fisiognómica.

Cuando la **mayor anchura es bi-goníaca**, siendo la bi-zigomática menor y aún menor la bi-coronal obtenemos la **figura ovoídea vertida del rostro**, es decir con la punta del huevo dirigida hacia el vértex, lo que es signo de predominio bucal o digestivo de la cara fisionómica (fig. 15).



Fig. 14.—Enfermo del Manicomio Nacional de Santiago de Chile.

Al lado de estas figuras curvas existen otras rectas, que se homologan a ellas, así al ovoide el triángulo, al elipsoide el rectángulo y al círculo el cuadrado (fig. 14) y además hay numerosas combinaciones de unas figuras con otras, co-

mo sucede con los tipos somáticos y cuyas descripciones no las haremos pues las figuras descritas anteriormente son las fundamentales.

Las asimetrías de las figuras del contorno de la cara fisiognómica constituyen signos de displasia (del griego dys-mal y plassein-formación).

AREA DE LA CARA FISIOGNOMICA

PUNTOS.

TRIQUION, ya descrito.

NASION (N), del latín nasus-nariz, llamado también punto de la raíz de la nariz o punto nasal. Es aquel punto de la raíz de la nariz cortado por la línea medio sagital, correspondiente en la raíz de la nariz a la parte profunda de la silla del dorso nasal: obsérvese que el nasion está situado a nivel de la extremidad interna o medial de las cejas, generalmente en el borde inferior de ellas, pero no a nivel del plano de la hendidura palpebral. Tiene correspondencia en el esqueleto. Falsamente muchos autores designan la raíz de la nariz en su parte más profunda con el nombre de silla nasal.

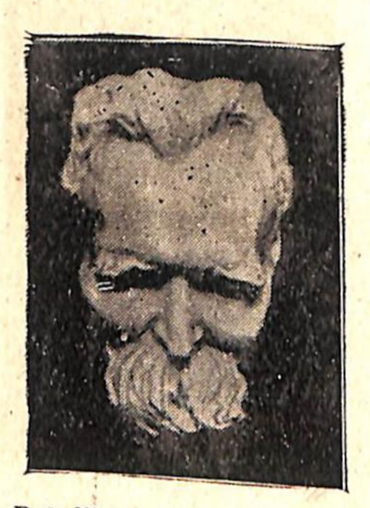


Fig. 15.—Del libro de von Rhoden-Nietleben.

SUB-NASAL (SN), del latín sub-debajo y nasus-nariz; también llamado punto del ángulo de la nariz, es aquel punto que corresponde al vértice del ángulo formado por el subtabique nasal y el labio superior. Tiene correspondencia en el esqueleto en donde se llama sub-espinal.

GNATION (G), ya descrito.

DIVISION DEL ROSTRO.

La cara fisiognómica se divide en tres pisos:

Piso superior, frontal o cerebral, que es toda la porción de la cara fisiognómica situada por encima de una línea horizontal que pasa por el nasion y que es el representante de los lóbulos frontales del cerebro (fig. 15), donde hay un predominio de este piso.

Piso medio, nasal o respiratorio, situado entre la línea horizontal que pasa por el nasión y otra línea horizontal paralela a esta que pasa por el sub-nasal. Este piso comprende las fosas nasales y anexos (senos maxilares), todo lo cual está en el maxilar superior y nariz y es el representante de la primera porción del aparato respiratorio (fig. 16), donde hay un predominio de este piso.

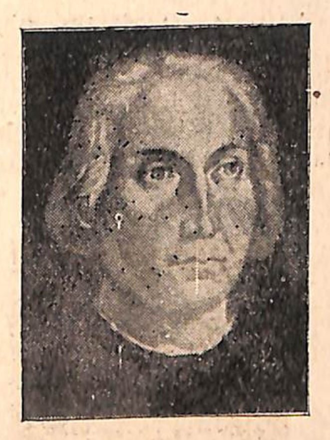


Fig. 16.—Del libro de von Rhoden-Nietleben.

Piso inferior, bucal o digestivo, que corresponde a la zona situada por debajo de la línea horizontal que pasa por el sub-nasal y que comprende la boca, que es el representante de la primera porción del tubo digestivo (fig. 13), donde hay un predominio de este piso.

Cuando los tres pisos ya descritos son proporcionados entre si se dice que el rostro es mediano o armónico.

Esta división se debe a la escuela de Sigaud, que no es nada más que la clasificación griega resucitada, ya que la división del rostro en tres pisos data desde los tiempos antiguos de los grandes griegos ARISTOTELES, PLATON Y SOCRATES, los que analizaban la fisiognomía (del griego physis-naturaleza y gnomeo-conocer), pues ellos juzga-

ban el carácter de los individuos por su aspecto externo y tomaban por lo tanto la cara como la parte principal de él que más se prestaba para ello; y en verdad con profunda razón, pues el rostro es la región más apropiada para el estudio de los caracteres psíquicos porque: está muy próxima al cerebro y recibe muchos nervios, no habiendo un sólo músculo que no tenga abundantes filetes nerviosos; porque está ricamente vascularizada y porque en ella residen la mayor parte de los órganos de los sentidos.

Los antiguos griegos consideraban en el rostro tres zonas en relación con las tres almas, a saber:

Una zona superior o intelectiva, sitio del alma intelectiva, que según Walker los griegos la representaban por la diosa olímpica Atenea y en el mundo divino de los latinos por la diosa Minerva, diosa de la sabiduría, con predominio frontal del rostro.

Una segunda zona o media, que corresponde a lo que los griegos llamaban la **zona afectiva o animal.**

Una tercera zona o inferior, que corresponde al **alma vegetativa** de los griegos.

La proporción igual entre los tres pisos la encontró Walker representada en la diosa griega Artemisa o Diana; latina, diosa de la caza.

CONFIGURACION.

Ya se trató al hablar de la tipología de la norma anterior de la cabeza.

MEDIDAS MAS IMPORTANTES DEL ROSTRO.

ALTURA DEL PISO FRONTAL O CEREBRAL, es la distancia del triquión al nasion, se mide con el compás de deslizamiento (fig. 17).

ALTURA DEL PISO NASAL O RESPIRATORIO, es la distancia del nasion al sub-nasal, se mide con el compás de deslizamiento.

ALTURA DEL PISO BUCAL O DIGESTIVO, es la distancia del sub-nasal al gnation, se mide con el compás de deslizamiento.

Cuando una de estas alturas domina sobre las otras dos, es un signo de predominio superior, medio o inferior del rostro,

En nuestro enfermo (fig. 4), la altura del piso frontal es 6,6; la altura del piso medio es 5,4 y la altura del piso inferior es 8. Según esto en este sujeto habría un signo de predominio inferior, pero como veremos después, esto está contrarrestado con las medidas de anchura que a continuación exponemos:

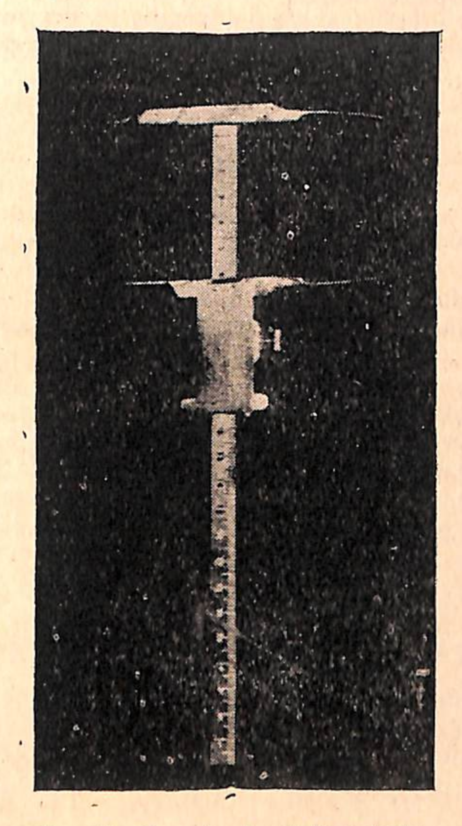


Fig. 17.—Compás de deslizamiento.

ANCHURA DE LA CARA SUPERIOR O CEREBRAL, es la distancia entre ambos coroniones, se mide con el compás de tacto (fig. 2).

Indice:

$$\frac{\text{Anchura bi-coronial} \times 100}{\text{Anchura bi-éurica.}}$$

División:

Mesometópico de anchura o mesopsido (del griego psidos-rostro) superior 79-81,9.

Estenometópico o estenopsido superior 78,9-76.
Eurimetópico o euripsido superior 82-84.

En nuestro sujeto (fig. 4) la distancia bi-coronal es 14,2 lo que nos da un índice 88,7, es decir, sobrepasa el límite de la eurimetopía y cae dentro de las formas displásicas de eurimetopía extremas.

ANCHURA DE LA CARA MEDIA O RESPIRATORIA, es la distancia entre ambos zigiones, se mide con el compás de tacto (fig. 2).

Indice:

Anchura bi-zigomática x 100
Altura de la cabeza.

Clasificación:

Mesopsido de anchura media . . . . . . 61,9—65,4
Estenopsido medio . . . . 61,8—58,3
Euripsido medio . . . . 65,5—69

En nuestro sujeto (fig. 4), el índice es de 57,2, lo que sobrepasa la estenopsia y cae dentro de las formas displásicas de estenopsia extrema.

ANCHURA DE LA CARA INFERIOR O DIGESTIVA, es la distancia entre ambos goniones, se mide con el compás de tacto.

Indice:

Anchura bi-goníaca x 100
Altura de la cabeza.

Clasificación:

Mesopsido de anchura inferior . . . . . . 61,9—65,4
Estenopsido inférior . . . . 61,8—58,3
Euripsido inferior . . . . 65,5—69

En nuestro enfermo (fig. 4), el índice es de 41,3, lo que sobrepasa la estnopsia y cae dentro de las medidas displásicas de estenopsia extrema.

En nuestro enfermo en estudio (fig. 4) presenta: HIP-
SICEFALIA (IC 14), HIPEREURICEFALIA (IC 88),
CON FIGURA EN BOMBA DE LA PORCION CRA-
NEANA, CON ROSTRO DE FIGURA OVOIDEA IN-
VERTIDA, CON PREDOMINIO FRONTAL EURIME-
TOPIA Y ESTENOPSIA, PERO DISPLASICO PUES
TIENE PLAGIOCEFALIA EURIMETOPIA EXTREMA
(INDICE 88,7), ESTENOPSIA RESPIRATORIA (INDI-
CE 57,2) y ESTENOPSIA DIGESTIVA (INDICE 41,3)
EXTREMAS.

Al terminar la tipología de la norma anterior de la cabeza y rostro tenemos que recordar que los tipos de cabeza alta y estrecha o escarpados encuadran generalmente con la leptosomia y longilínea de la somatología general; que los tipos bajos y anchos de cabeza con la eurisomia, picnosomia o latilina; que los tipos de altura mediana o armónica con la ortosomia o mediolínea de la somatología general; pero diremos que no siempre hay esta correspondencia, pues un latilíneo puede acompañarse de una cabeza escarpada o alta y tendríamos entonces un pícnico con cabeza leptosómica; así también podemos encontrar a un longilíneo o leptosómico con cabeza baja y ancha, tendríamos entonces un leptosómico con cabeza pícnica. Todo lo cual quiere decir que pueden haber mezclas de uno y otro tipo en un individuo dado (tipo secundario) ya que los tipos descritos son fundamentales o puros.

El valor endocrimonológico de la tipología sería que el tipo alto y estrecho de cara (leptosomia) tendría un **predominio constitucional** del tiroides, naturalmente ni **diatésico ni patológico,** pues el tiroides excita normalmente el crecimiento longitudinal de todo el cuerpo. El tipo ancho y bajo de cabeza (eurisomia) tendría un predominio constitucional de la hipófisis e hipotiroidismo, ya que la hipófisis excita el crecimiento lateral de la mitad superior del cuerpo (la mital inferior en su crecimiento lateral es excitado por la gonada). El tipo medio o armónico de cabeza (ortosomia o tipo atlético) tendría una armonía endocrina constitucional.

TEMPERAMENTOS DE LA NORMA ANTERIOR DE LA CABEZA

PELOS

PELO PRIMARIO, LANUGO O VELLO.

El vello de la norma anterior de la cabeza se llama bozo, el que presenta la siguiente disposición en la región frontal y facial superior; forma una cruz, llamada **cruz vellosa nodal de la raíz de la nariz** semejante a la del feto, la que está constituida por cuatro **remolinos vellosos,** dos superiores situados cada uno en una eminencia frontal los que confluyen entre sí en la línea media para dar una línea nodal y otros inferiores situados cada uno en la región genio malar los que igualmente confluyen en la línea media para dar origen a otra línea nodal media nasal; estos cuatro remolinos por lo tanto están separados entre sí por dos líneas vellosas nodales, una de dirección vertical llamada **línea nodal medio na-**

sal, que separa los dos remolinos del lado derecho de los dos del lado izquierdo y otra **línea vellosa nodal trasversal** por la región palpebral superior y supraorbitaria, separando los remolinos superiores de los inferiores. Estas dos líneas nodales vertical y trasversal forman entre sí la precitada cruz vellosa. En el resto del rostro el vello está distribuido difusamente.

En el individuo con gran desarrollo velloso o piloso primario la cruz vellosa de la raíz de la nariz es abundante, **visible a la simple vista,** siendo el vello de las demás regiones del rostro muy marcado, abundante y también muy visible a la simple vista. Este desarrollo velloso se designa



Fig. 18.—Hipertricosis Vera R. Martin, 1914.

con el N.º I y se denomina **temperamento hipertricósico primario, lanuginoso, o velloso** cuyo significado según los endocrinólogos sería una hiperfunción constitucional de la corteza suprarrenal (fig. 18), donde se ve una hipertricosis vera que es la exageración de este temperamento.

En el individuo con escaso desarrollo velloso o pelo primario, la cruz vellosa de la raíz de la nariz es **difícilmente visible aún con la lente** y en las demás regiones del rostro

sólo puede verse con la lente y esta forma de desarrollo velloso se designa con el N.º III romano (desarrollo escaso) como en el enfermo en estudio (fig. 4).

En el individuo con mediano desarrollo velloso o piloso primario, la cruz vellosa nodal de la raíz de la nariz es **sólo visible** con la lente y el vello de las demás regiones es **visible a la simple** vista y esta forma de desarrollo velloso se designa con el N.º II.

PELO SECUNDARIO O INFANTIL.

Este pelo está constituido por el cabello, por las pestañas y por las cejas, excluyendo naturalmente el aumento de los pelos en la parte interna de ella, que es pelo terciario o sexual.



Fig. 19.—Enfermo del Manicomio Nacional de Santiago de Chile.

En el individuo con gran desarrollo piloso secundario, el pelo de las regiones citadas es tupido, abundante, y el cabello presenta su límite anterior muy adelante, irregular, como mordido (frente calzada) como se puede ver en la fig. 19.

Los cabellos son gruesos, agrupados en islotes o matorrales de pelos, tiesosos, ásperos como crín, sin tendencia a la calvicie y cuando ella sobreviene en la era cataplásica es incompleta, mal delimitada, con islotes de pelos, no toma el occipucio y a lo más toma el vértex en forma de tonsura, pero lo más común es que la calvicie en estos casos sea sólo de la frente o bien si avanza hacia atrás deje en la parte anterior entre sien y sien una estrecha corona de cabellos los que al continuarse por medio del lánugo con las cejas (puesto que a veces también son hipervellosos) forma

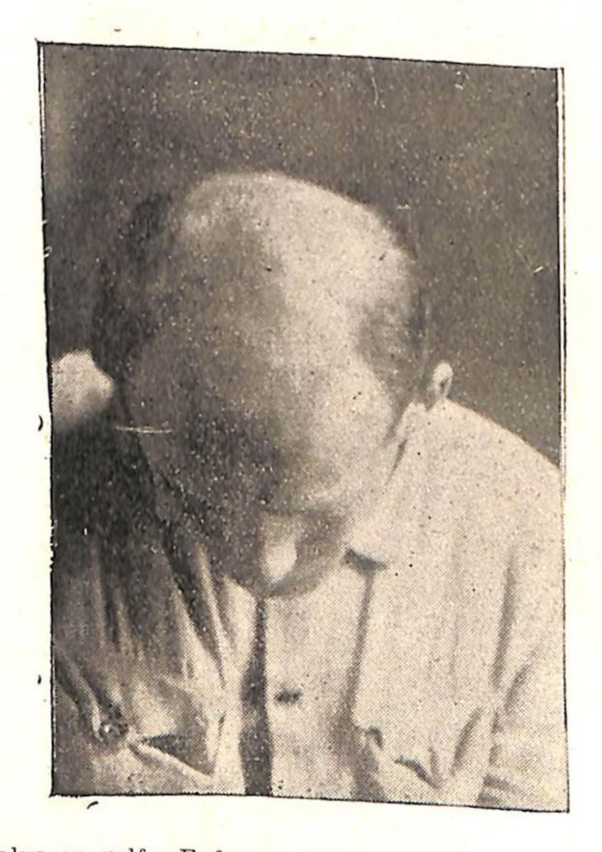


Fig. 20.—Calva en golfo. Enfermo del Manicomio de Santiago de Chile.

la frente cercada o coronada de Kretschmer, la que puede ser reemplazada por un colchón compacto de la frente. Este desarrollo piloso secundario se designa con el N.º I. (**Temperamento hipertricósico**). En el individuo con escaso desarrollo piloso infantil los pelos son ralos, escasos. Los cabellos presentan su límite anterior alejado de la frente, los cabellos son delgados, flácidos, caen acostados, están esparcidos y los sujetos tienen tendencia marcada a la calva, que

se presenta precozmente y que puede tomar la disposición en golfo desde ambas sienes hasta el vértex (fig. 20).

O bien la calva se presenta formando un verdadero lago en el vértice del occipucio (fig. 21); las pestañas y las cejas son ralas y poco desarrolladas, todos estos caracteres del pelo secundario se observan en nuestro enfermo en estudio (fig. 4) y se designa con el N.º III.

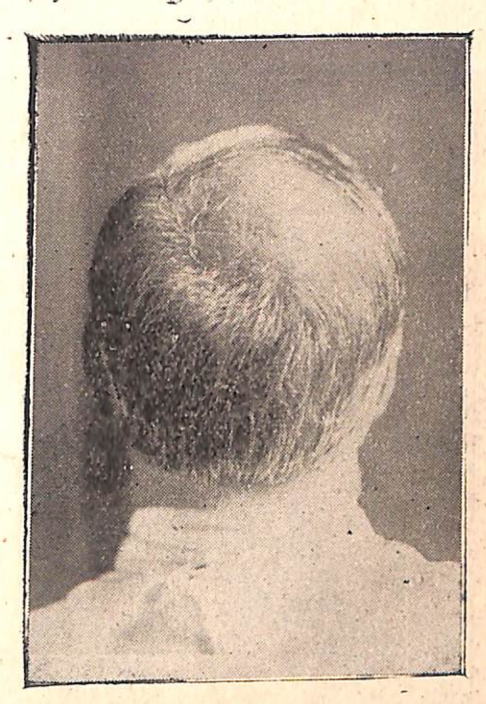


Fig. 21.—Calva en lago. Manicomio de Santiago de Chile.

En el individuo con mediano desarrollo piloso secundario, los pelos en las regiones citadas están **medianamente tupidos y abundantes** y se designa con el N.º II (desarrollo mediano).

PELO TERCIARIO O SEXUAL.

En la mujer no existe pelo terciario en el rostro, en el hombre se presenta especialmente en la región inferior de la cara y está constituido por la barba, los bigotes, las vibrisas en las fosas nasales, el entrecejo, el aumento de pelos

en la mitad o tercio interno de las cejas y el mechón de pelos en el trago y su desarrollo en general está en sentido inverso con el pelo infantil y lanijinoso.

En el individuo con escaso desarrollo del pelo sexual la barba es débil, irregular, estrecha, no extendida, predominando en el mentón y labio superior, no hay o hay muy escaso entrecejo y la mitad del tercio interno de las cejas no presenta abundantes pelos, no hay pelos en el trago y en la nariz (fig. 4).



Fig. 22.—Enfermo del Manicomio de Santiago de Chile. Bella barba.

En el individuo con gran desarrollo del pelo terciario presenta lo que se llama **la bella barba**, la que es regular, extendida, ancha, fuerte, ondulada, flácida y puede implantarse únicamente en la cara o nacer desde la nuca pasando por debajo de las orejas (fig. 22); las cejas en la mitad interna están muy pobladas y tupidas y hay tendencia a la calvicie en lago o en golfo del pelo secundario y las vibrisas, los pelos de la punta de la nariz y trago están muy desarrollados (tipo sátiro). Esta forma de desarrollo piloso terciario se llama **temperamento hipértricos sexual o terciario.**

El término medio entre ambos casos anteriores lo constituye el individuo con desarrollo piloso sexual mediano.

Los endocrinólogos atribuyen a la corteza suprarrenal el desarrollo del lánugo o vello y el temperamento velloso significaría una hiper-función constitucional de la corteza suprarrenal; así como el poco desarrollo del lanugo lo contrario.

A la glándula tiroides atribuyen el desarrollo de pelo secundario, siendo por lo tanto el temperamento hipertricósico infantil la manifestación externa del hipertiroidismo constitucional así como el poco desarrollo lo contrario.

A la glándula gonada atribuyen el desarrollo del pelo terciario siendo por lo tanto el temperamento hipertricósico sexual una manifestación externa de una hiperfunción constitucional de esta glándula así como el poco desarrollo lo contrario.

Haremos notar que no hay que confundir las hiperfunciones constitucionales con las diatésicas ni patológicas.

EPIDERMIS

En el individuo con marcado desarrollo epidérmico, ella es gruesa y mide 0,20 mm. en la frente y 0,07 mm. en los párpados, es opaca y no deja ver por trasparencia ni la sangre ni la linfa.

En el sujeto con escaso desarrollo epidérmico, ella es delgada, mide menos de 0,10 mm. en la frente y menos de 0,03 mm. en los párpados, siendo ella muy trasparente dejando ver la sangre y la linfa por trasparencia como en nuestro enfermo (fig. 4).

El individuo con mediano desarrollo epidérmico está en el término medio de los antes citados y mide en la frente 0,15 mm. y en los párpados 0,05 mm.

Según los endocrinólogos el desarrollo de la epidermis, como el pelo secundario es influenciado por el tiroides, así en el individuo con gran desarrollo epidérmico habría una hipofunción constitucional de esta glándula y en el con poco desarrollo epidérmico todo lo contrario.

GLANDULAS SUDORIPARAS

Estas glándulas se encuentran difundidas uniformemente en el rostro, excepto en los párpados, cejas. En el borde anterior de los párpados forman las glándulas de Mohl.

En el individuo con gran desarrollo de estas glándulas se le llama **temperamento sudoríparo** y se le puede reconocer especialmente en la frente donde hay una exagerada tendencia a sudar.

En el individuo con escaso desarrollo hay poca tendencia a sudar. En el individuo de desarrollo mediano está en el término medio entre los dos citados como sucede con el enfermo en estudio (fig. 4).

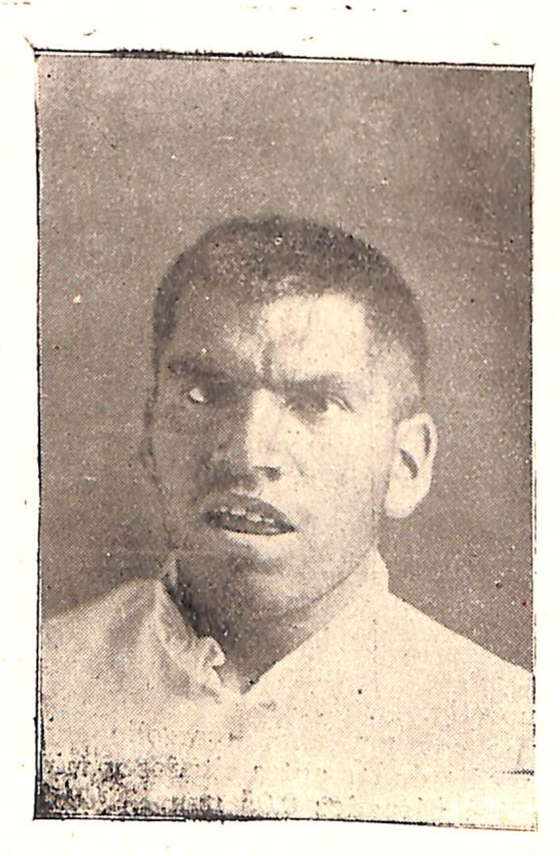


Fig. 23.—Enfermo Manicomio Santiago de Chile. Idiota.

GLANDULAS SEBACEAS

Las glándulas sebáceas se encuentran especialmente en la parte externa de las cejas, en la región nasal, especialmente en el lóbulo y alas de la nariz, en la carúncula lacrimal y en el borde anterior de los párpados, donde forman las glándulas de Meibomius, y genital. En el **temperamento seborreico,** las glándulas sebáceas están muy desarrolladas y muy numerosas en las regiones citadas, donde los poros

son muy visibles y dilatados, dándole a la piel el aspecto de cáscara de naranja, la que por expresión deja salir gusanillos sebáceos que son el molde de los conductores excretores; además la piel en general es suave, brillante, aceitosa, como igualmente los cabellos; son propensos al acne, comedones y quistes sebáceos y a la legaña (fig. 23), constituyendo lo que se llama el **vultus seborreico** (del latín vultus-cara).

En el individuo con poco desarrollo de las glándulas sebáceas los poros son pequeños, la piel es seca, quebradiza, sin brillo, no aceitosa, sin tendencia al acne, a los quistes sebáceos ni a los comedones, lo que se puede ver en el enfermo en estudio (fig. 4). En el individuo con desarrollo mediano de las glándulas sebáceas ocupa el término medio de los anteriormente citados.

Diremos que según los endocrinólogos el temperamento sudoríparo sería debido a una hiperfunción constitucional de la glándula tiroides, el temperamento seborreico sería debido a lo contrario, de todo lo cual se deduce el significado de estos temperamentos.

LINFA

La linfa (del latín: agua clara), que es el líquido que hay en los intersticios del cutis (dermis e hipodermis) y en los vasos linfáticos, se determina indirectamente apreciando el turgor (del latín que significa hinchazón), y el color de la piel.

En el individuo con **temperamento linfático, flemático** (del griego flegma-mucosidad), o **pituitoso** (del latín pituita-mucosidad), también llamado **pastoso, fofo** o **húmedo,** o mejor llamado **temperamento exudativo** debido a que las personas con este temperamento tienen tendencia marcada a las inflamaciones exudativas y a los edemas; es debido a que hay una abundante infiltración de linfa que da lugar a una plétora o retención linfática, un verdadero anegamiento o pantano linfático, en donde la linfa circula lentamente y por lo tanto las facciones se presentan con el turgor aumentado, blandas, fofas, maleables, pastosas, lo que es más visible en la **región zigomática** y en las mejillas, que aparecen infiltradas, y en la nariz que por esta infiltración se presenta ancha, con los orificios estenosados transversalmente, con las paredes gruesas, la punta nasal carnosa, hinchada y roma, redondeada y por el engrosamiento de la base, la punta de la nariz sobresale un poco.

Esta infiltración nasogeniana le forma a la región palpebral una especie de **cojinete** y los globos oculares sin estar hundidos aparecen más profundos, dando lugar al **ojo capotudo.** Los ángulos internos de ambos ojos aparecen más separados por aumento del grosor de la raíz de la nariz por la infiltración linfática; los labios por esta misma razón están gruesos, suculentos (del latín sucus-jugo), y la boca tiene tendencia a abrirse; el contorno del rostro no es fijo, sino que movible, irregular, blando, mal moldeado y oculta los relieves óseos, redondeado. El color fundamental de la piel es poco marcado y tiene un tono pálido, claro, opalescente, alabastrino por la trasparencia de la linfa. Todo esto constituye el vultus linfático o también llamada cara de aspecto lunar (fig. 13).

En el individuo con escaso grado de infiltración linfática nos da el **temperamento seco o enjuto** (fig. 15), la piel en general tiene poco turgor, la nariz presenta sus orificios amplios con paredes delgadas, la punta como la base de la nariz que no es carnosa, son delgadas; las mejillas como las regiones zigomáticas no presentan turgor, los globos oculares están hundidos en las órbitas y los párpados presentan ojeras; los labios son delgados, sin turgor; el contorno de la cara es bien delimitado, fijo, amoldándose al esqueleto y haciendo resaltar el relieve óseo, lo que le da una fijeza especial al contorno, por todo lo cual se dice que es un individuo con facciones marcadas, contrariamente al temperamento húmedo que se dice que tiene facciones borradas. Debido a la sequedad de la piel cuando empiezan los fenómenos regresivos de ella después de la edad madura, ella se deja levantar en grandes pliegues delgados y marchitos y el color fundamental de la piel tiene un color obscuro, ya que la escasa cantidad de linfa clara no alcanza a aclarar el color.

En nuestro enfermo en estudio se puede ver este temperamento seco (fig. 4).

El individuo con mediana infiltración linfática ocupa el tercer medio entre los dos anteriores (fig. 14).

El significado de esto según los endocrinólogos sería que el temperamento húmedo o linfático es debido en el niño a una hiperfunción constitucional del timo y en el adulto por una hiperfunción constitucional paratiroídea, y en el temperamento seco lo contrario.

SANGRE

Para apreciar el estado de los vasos y de la sangre en el examen externo se hace indirectamente por el estudio del

tinte o matiz de la piel, ya que éste, debido a la sangre, así como el estado de los vasos y capilares se puede estudiar por medio del capiloroscopio de Müller Yaensen.

En el individuo con **temperamento sanguíneo,** llamado también **pletórico** (del griego pleithein-estar lleno) o apopléctico, es decir con tendencia a la apoplegía (del griego apo-lejos y plessein-golpear) o vascular, la piel nos presenta un marcado tinte rosado, especialmente visible en el lóbulo nasal, región geniana, mucosa labial y conjuntival (en la raza negra cuando se presenta este temperamento, estas regiones toman un color azul, debido a la mezcla del negro pigmentado racial y del rojo sanguíneo temperamental); los capilares en la piel están muy desarrollados con la sensibilidad vasomotora muy aumentada y la piel es caliente, como en el enfermo de la figura 10.

El individuo con poco desarrollo de los vasos y poca cantidad de sangre constituye lo que se llama el **temperamento hipoplástico vascular** o **espástico vascular,** en el cual la piel es pálida en toda la piel como igualmente en las regiones citadas en donde hay más sangre y los capilares de la piel están muy poco desarrollados con la sensibilidad vasomotora muy disminuída, por lo que la piel es fría y con un matiz azulejo, lo que se aprecia en la punta nasal, mejilla y lóbulo de la oreja.

El individuo con desarrollo mediano de los vasos ocupa un lugar intermedio entre los antes citados, como es el enfermo en estudio (fig. 4).

GRASA

La grasa se acumula en forma de panículo adiposo (del latín panículo pequeño paño y adeps-del griego grasa), es decir, como un pequeño paño de grasa y en la cara se acumula especialmente en las regiones palpebral, geniana y más discretamente en las regiones maseterina y mentoniana.

En el individuo con **temperamento graso** o **gordo de Davenport** hay abundante cantidad de grasa, siendo por lo tanto el relieve óseo borrado, no marcándose la arcada zigomática y se acumula grasa en la región palpebral borrándose los surcos órbito-palpebral superior e inferior y los ojos por esto aparecen falsamente pequeños, la región geniana está llena, prominente, habiendo una gran bola adiposa de Bichat, la que se puede avaluar metiendo un dedo en la cavidad bucal y otro en la piel; por este aumento de grasa de la mejilla los surcos labio y nasogeniano aparecen muy marcados; la región maseterina aparece también llena de grasa ocultando la oreja, de la que sólo se ve el lóbulo

de ella y el aumento en conjunto en estas dos regiones la piel juega como bolsa sobre el maxilar inferior, además los pómulos como la arcada zigomática no sobresalen y el contorno es redondo; la región mentoniana también aparece llena de grasa, prominente, produciendo la bola adiposa de Rickett, además agregaremos que en el submentón también se acumula grasa produciendo lo que se llama el doble mentón; y cuando nos presenta una infiltración grasosa en la nariz, quiere decir que es un temperamento grasoso muy pronunciado, pero jamás se observa grasa en la región subcerebral y cuando esto sucede es un signo discrásico (del griego dys-mal y crasis-mezcla). Todo este acumulo grasoso en la cara la hace presentarse llena, lo que le da un aspecto de candor o de bondad (fig. 13).

En el individuo con escasa cantidad de grasa o **temperamento flaco de Davenport** pasa lo contrario, es decir, el surco órbito-palpebral superior e inferior son muy marcados, la región geniana está hundida y excavada, por lo cual hay una mayor prominencia de los pómulos y los relieves óseos son marcados especialmente en los arcos zigomáticos (fig. 15), como en el enfermo en estudio (fig. 4).

El individuo de mediano desarrollo de grasa ocupa el puesto intermedio entre los anteriormente citados (fig. 14).

Recordaremos que según los endocrinólogos las glándulas que destruyen la grasa son el tiroides y análogas, por lo tanto, en el temperamento grasoso habría una hipofunción constitucional del tiroides y análogas.

MUSCULOS

La cara se presta poco para avaluar el temperamento muscular, pero, sin embargo, en ella lo podemos avaluar fijándonos en los músculos masticadores y en los puntos óseos en que ellos se insertan.

En el individuo con temperamento muscular los relieves de los músculos masticadores, están prominentes y las apófisis zigomáticas y el reborde inferior de la mandíbula son marcadas, formándose a veces una apófisis en su ángulo, **apófisis lemurida** o **apófisis angular Landifort,** porque es frecuente en los lemures variedad de primatos.

En el individuo con escaso desarrollo muscular presenta los maseteros sin relieve y la prominencia de la apófisis zigomática y borde inferior de la mandíbula no están marcadas (fig. 4).

En el individuo con temperamento muscular medio nos presenta escaso relieve del masetero y los relieves óseos ya citados están poco marcados (fig. 14).

En resumen, el **diagnóstico temperamental** del caso en estudio (fig. 4) es:

Poco desarrollo del pelo secundario y terciario; de las glándulas sebáceas, de epidermis delgada, de temperamento seco y flaco e hipomuscular.

Concluído el estudio del temperamento debemos recordar que las anomalías de ellos, es decir, cuando se exageran más de lo normal constituyen lo que se llama las **discrasias** que son un intermedio entre el temperamento y lo patológico.

La suma del **tipo** y del **temperamento** nos da lo que se llama el **hábito.** Análogamente la suma de las **anomalías del tipo o displasias** con las anomalías del temperamento o discrasias nos dan lo que se llama la **diátesis o estado** (del griego diathesis-disposición o estado), por lo tanto la diátesis viene a ser un hábito anómalo, intermediario entre lo normal y lo patológco.

RAZAS

PELOS

VELLO.

El vello en el rostro es tanto más desarrollado mientras más inferior es el grupo racial (ley de Bloch) y por lo tanto es más abundante en la raza negra que en la amarilla y más en esta última que en la blanca.

PELO SECUNDARIO O INFANTIL.

Está compuesto como se ha dicho, por los cabellos, pestañas y cejas. En las distintas razas sucede lo contrario que en el vello, es decir, es tanto más desarrollado mientras más superior es el grupo racial (ley de Bloch); en efecto, los cabellos y cejas son más tupidas en las razas blancas que en las de color y en estas últimas más en el amarillo que en el negro, por lo que se dice que existe una especie de compensación entre el pelo y el pigmento de la piel, cuanto más pigmento racial menos pelo secundario y a la inversa. Los signos raciales de este pelo se observan mejor en el cabello y por lo tanto lo estudiaremos con detalle.

Cabello: del latín caput-cabeza y pilis-pelo, es decir, pelo de la cabeza, todo lo cual se dice en griego-come. Los signos raciales se refieren a:

1.º—**Dirección y orientación del cabello en el espacio** (fig. 24), según lo cual los cabellos se dividen en:

A) **Cabellos lisos o leiotricos** (del griego leios-liso y thrix-pelo). Este cabello es propio de la raza mongólica y mongoloide (fig. 24 a) y b) y fig. 25).

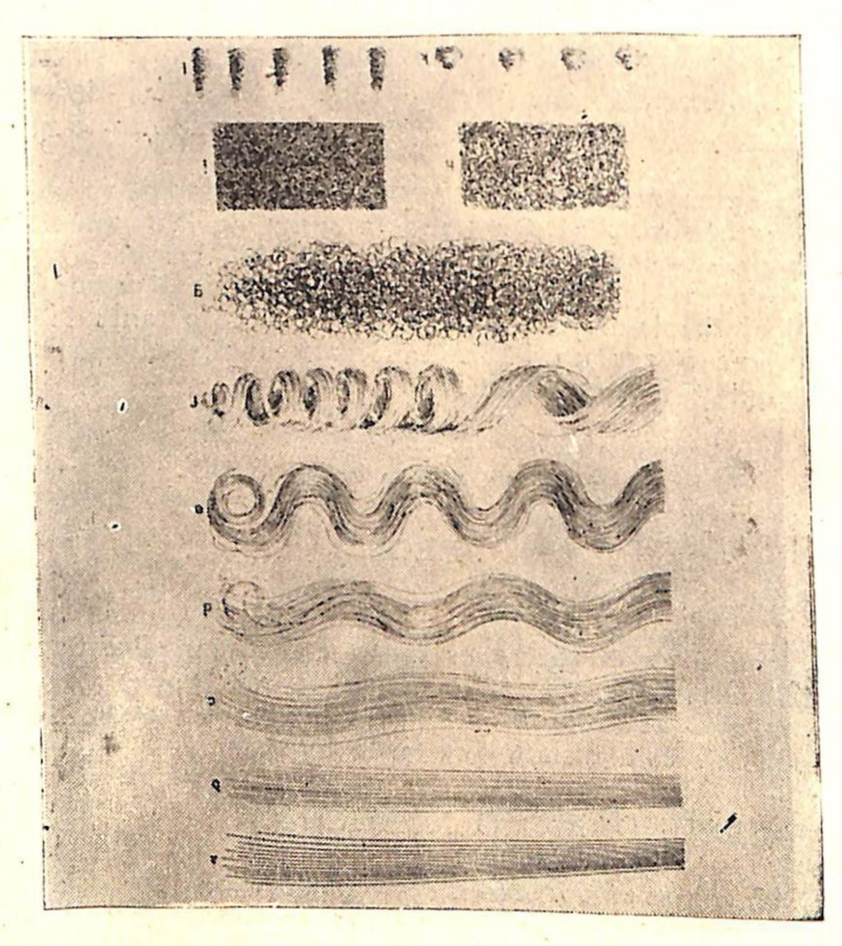


Fig. 24.—Esquema de pelo. R. Martin, Antropología, 1914.

B) **Cabello sinuoso o girotrico** (del griego gyros-sinuosidad) es el cabello que hace sinuosidades (fig. 24 c-l); el cual se subdivide a su vez en:

I.—**Cabello en onda o quimétrico** (del griego kima-onda); es propio de la raza blanca (fig. 24 c), d) y e). Se subdivide en:

1.—**Ondulado** o sea ondas largas y poco marcadas (fig. 24 c) y d) y fig. 26).

2.—**Ondeado** o sea ondas cortas y marcadas (fig. 24 e) y fig. 27).

II.—**Cabello en espira o espirotrico** (del griego speira-espiras) el que a su vez se subdivide (fig. 24 f-l);

a) **Espiras incompletas**, llamado en **bucles** (fig. 24 f) propio de la raza blanca, especialmente del niño, en el cual las espiras son terminales.

b) **Espiras completas** (fig. 24 g-l), el que es propio de la raza negra y se subdivide en:



Fig. 25.—Pelo leiótrico.

1.—**Espiras completas largas** desde su nacimiento, llamado **rizotrico, en escoba** o **ensortijado** (fig. 28).

2.—**Espiras completas, medianas** o **linotrico** (del griego lino-lana) llamada también pelo lanoso (fig. 24 g y fig. 29).

3.—**Espiras completas cortas** o **ulotrico** (del griego oylos-crespo) llamado también pelo en crespos o **en mechón** o **en vellón** (fig. 24 h-l), el que se subdivide a su vez en:

a) **Vellón continuo o Toison** (fig. 30).

b) **Vellón discontinuo** o **granos de pimienta** o **lofocomes** (del griego lophos-copete y kome-cabellera) (fig. 31).

El pelo espirotrico es dominante sobre el cimotrico y éste sobre el leiotrico, según las leyes de Mendel.

2.º—**Longitud del cabello,** es la distancia desde la implantación en la piel hasta su vértice no cortado. La raza mongólica o mongoloide es la que tiene el cabello de mayor longitud, así llega en los chinos y pieles rojas hasta los talones; en la raza blanca la longitud es mediana, alcanzando en las mujeres blancas hasta 50 cms., es decir,



Fig. 26.—Pelo ondulado.

hasta la cintura o bien a lo más hasta las rodillas, pero jamás hasta los talones; en la raza negra el cabello es el más corto y nunca tiene una longitud mayor que 30 cms. en la mujer negra.

3.º—**Implantación del cabello,** que es el eje de la raiz con su folículo. En la raza blanca la implantación es recta, pero oblicua con relación al plano de la epidermis (fig. 32); en la raza amarilla es recta pero perpendicular a la epidermis; en el negro la implantación es curva; este incurva-



Fig. 27.—Cabello ondeado.

miento es debido probablemente a una mayor tonicidad del músculo horripilador (del latín horrere-erizarse y pilus-pelo), el que se inserta en la parte media del folículo piloso (fig. 33).

4.º—**Grosor del cabello,** el pelo de los negros es el más delgado y su índice fluctúa entre 50 y 75; en el blanco el

grosor es mediano y su índice fluctúa entre 75 y 80; en el amarillo tiene el mayor grosor y su índice fluctúa entre 80 y 100.

El índice de grosor del cabello es el siguiente:

$$\frac{\text{Grosor del cabello x 100}}{\text{Longitud del cabello}}$$



Fig. 28.—Cabello rizotrico.

Cada cabello examinado aisladamente tiene su mayor grosor en la parte media, el que decrece hacia la raíz y punta.

5.º—**Corte trasversal del cabello**, en la raza blanca tiene una forma oval, en la amarilla es circunferencial y en la negra es de riñón (fig. 34).

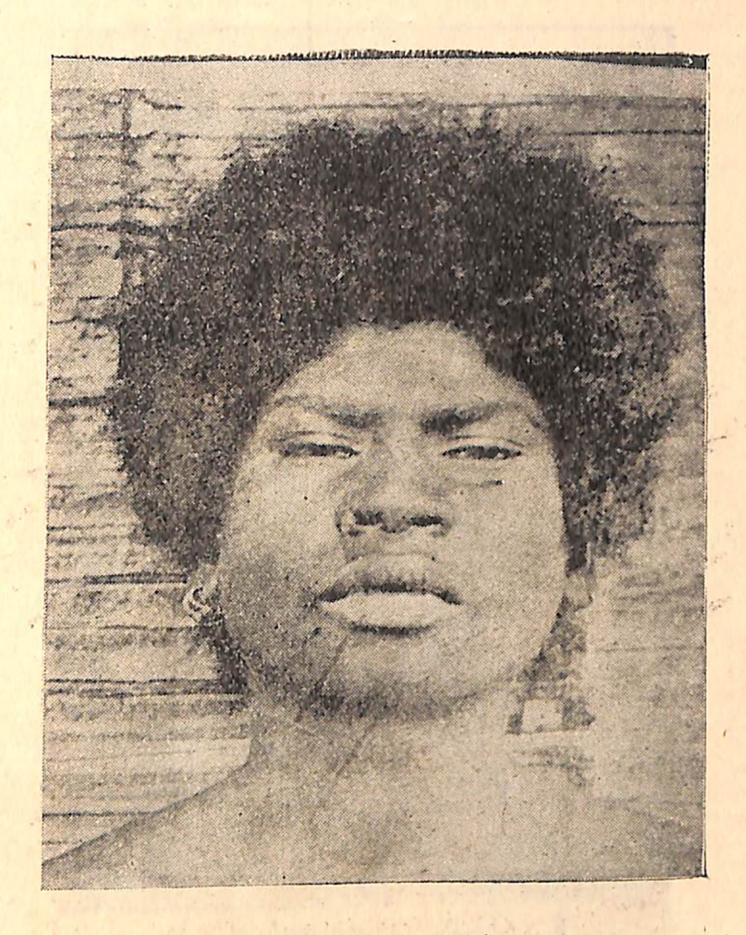


Fig. 29.—Cabello eriotrico.

6.º—**Color del cabello**, como en todo pelo es debido a la cantidad y calidad del pigmento y es un carácter típicamente racial, lo mismo que el color de la piel, por lo tanto es debido en gran parte al geno o idiotipo, es decir, en gran parte es hereditario. El cabello negro existe en todas las razas, diferenciándose la raza negra de las otras únicamente en la gran cantidad de pigmento que invade todo el tallo

del pelo, por lo cual el color es muy negro; en las razas amarilla y blanca existe menos cantidad de pigmento que sólo invade la periferia del pelo, por lo cual el color no es

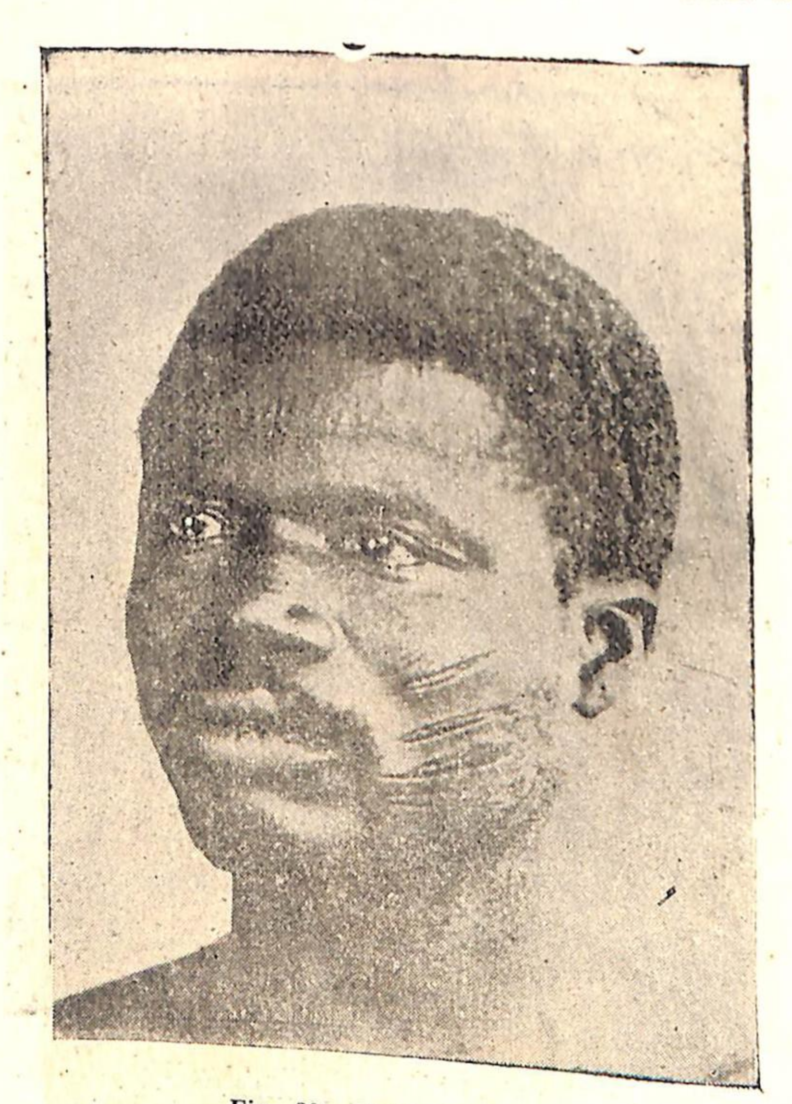


Fig. 30.—Vellón continuo.

tan negro. El pelo castaño existe en la raza amarilla y en la variedad morena de la blanca y posee un pigmento un poco más oxidado que el pigmento del negro o melanina; en la variedad rubia de la raza blanca el cabello es rubio o amarillo, que es un pigmento más oxidado aún que el pigmento pardo ya citado. Para la clasificación de los colores del cabello se usa la escala de Fischer con 30 muestras diferentes; desde el 21 al 26 representa el pelo negro, que en

realidad mejor debiera llamarse negro grisáceo, pues el absoluto no existe; desde el 27 al 30 representa el pelo pardo obscuro o chocolate; del 4 al 7 el castaño o sea pardo claro u hoja seca; del 8 al 20 el rubio y del 1 al 3 las variedades displásicas rutiiínicas. El color del cabello por lo

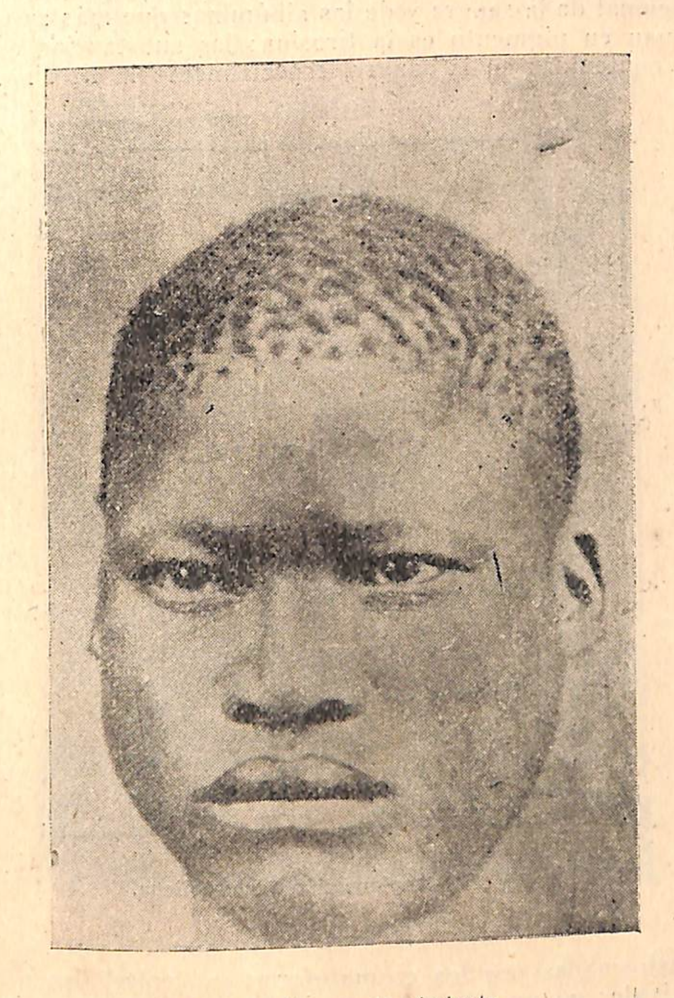


Fig. 31.—Granos de pimienta.

demás no es uniforme, es más obscuro en la raíz y en las regiones de las sienes y vertex es más claro que el resto del cabello.

A propósito del color del cabello recordemos el pigmento de los cuales depende: hay un pigmento difundido llamado pigmento granuloso intra o extracelular, cuya última precedencia es la materia colorante de la sangre por lo cual Ascher ha dicho que el color del pelo es un exponente constitucional de la sangre y de las albúminas que más se transforman en pigmento es la tirosina; las substancias químicas contenidas en la sangre, especialmente la tirosina, son

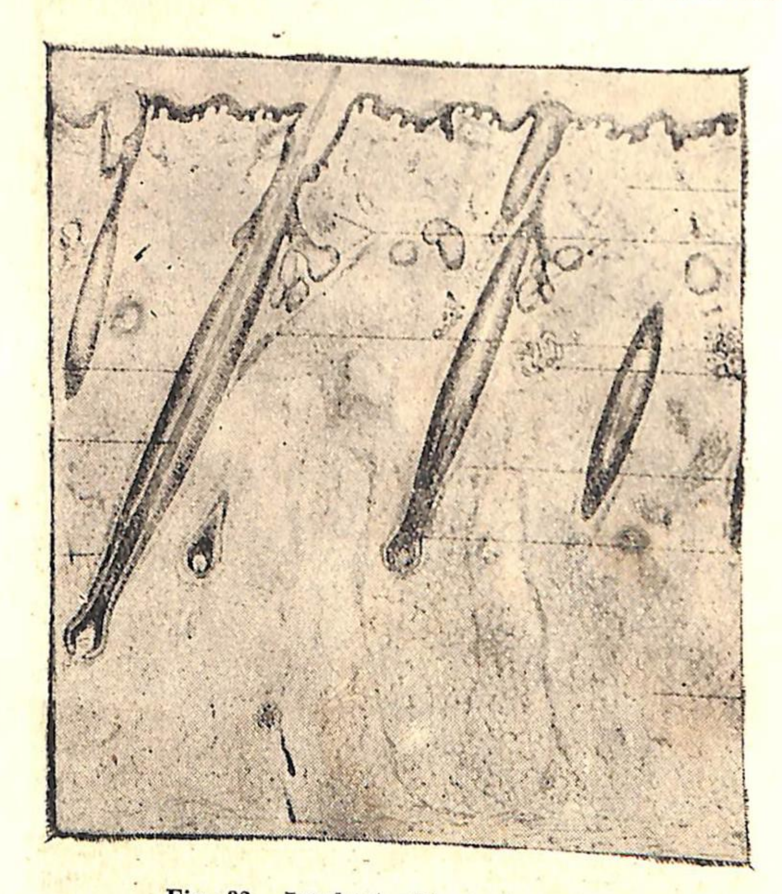


Fig. 32.—Implantación recto-oblicua.

transformadas por los cromatoforos ya epiteliales o conjuntivales en un núcleo protopigmentario incoloro fijo, llamado melanógeno (del griego melas-negro), el que nos presenta seis grados de oxidación, a saber: la **melanina**, que es el pigmento negro y representa el menor grado de oxidación del melanógeno; el **pigmento pardo o café**, que es un grado de mayor oxidación que el anterior; el **pigmento rojo** que es un grado de oxidación superior al anterior; el **pigmento amarillo**, que es un mayor grado de oxidación que

el anterior; el **pigmento rubio platinado,** que es aún un grado superior de oxidación y por fin el último grado de oxidación que es el **pigmento blanco.** Este distinto grado de oxidación depende de las oxidasas, las que son excitadas por la alcalinidad del plasma sanguíneo e inhibidas por la

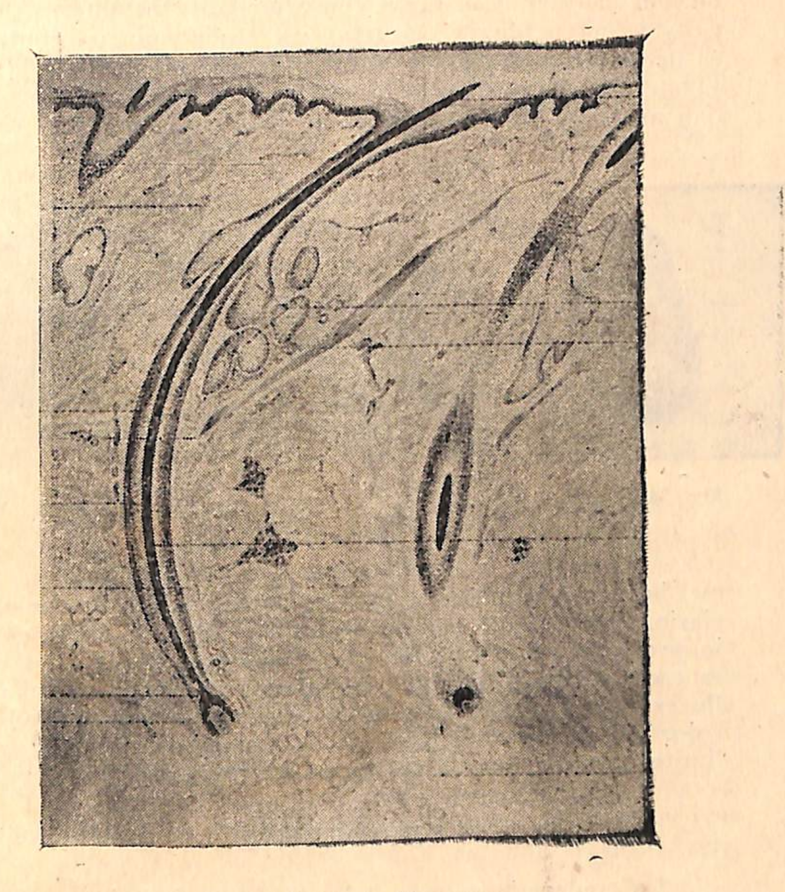


Fig. 33.—Implantación curva.

acidez, por lo cual el color del pelo es un indicio del estado de acidez o alcalinidad del plasma, y así Yankowsky ha comprobado que el plasma de la raza negra es más ácido que el de la raza blanca.

7.º—**Límite anterior del cabello.** El límite anterior del cabello retrocede más en las razas blancas que en las de color (fig. 4).

PELO TERCIARIO O SEXUAL.

El pelo terciario (barba, bigote, etc.), es más abundante y tupido mientras más superior sea el grupo racial (ley de Bloch). Las razas con abundante pelo terciario de la la barba y bigote forman un todo único continuo, es decir, llega hasta la madurez, lo que no pasa en las razas de color en que los pelos terciarios de estas regiones quedan aislados, discontinuos, como islotes y son ralos, es de-

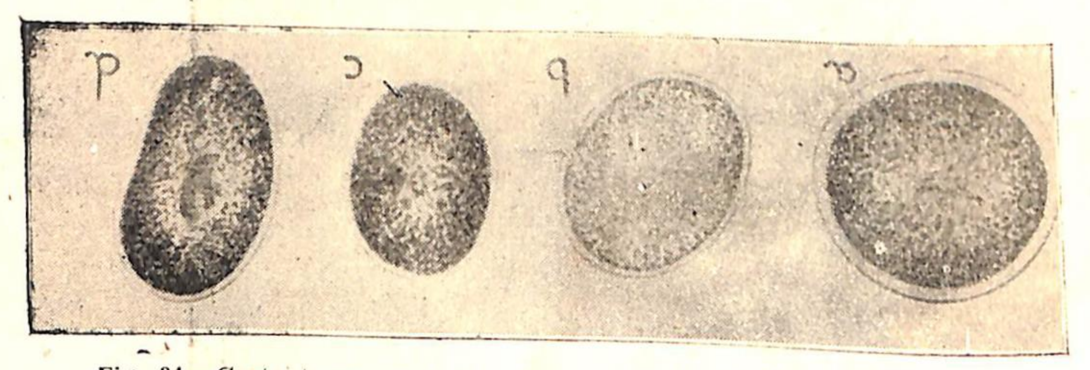


Fig. 34.—Corte transversal del cabello en las distintas razas. Antrologie. R. Martin.

cir, hay una inmadurez (adolescencia racial) del pelo terciario. En el enfermo en estudio (fig. N.º 4) el pelo presenta los signos de la raza blanca, es decir, el vello es escaso, el pelo secundario y tomando en cuenta el cabello es quimotrico ondulado, de longitud media, delgado, de color castaño claro (5 a 6 de la escala de Fischer), con el límite anterior muy atrás en la frente.

EPIDERMIS

La epidermis es más delgada en los individuos de raza blanca; en las razas de color es más gruesa.

Color de la epidermis. El se debe al pigmento que se encuentra en la cara pigmentaria de la epidermis; en la raza blanca los gránulos de pigmento en esta capa son escasos y sólo se acumulan alrededor del núcleo de las células, mientras que en las razas negras las células pigmentadas están repletas de pigmentos, de modo que en la piel en ambas razas existe la misma calidad de pigmento, sólo difieren en cantidad. En la raza parda o malaya existe un pigmento llamado pigmento pardo, más oxidado que el negro

o melanina de las razas anteriores; en la raza amarilla existe un pigmento más oxidado que el pardo y es un pigmento amarillo, todo esto es homólogo al pigmento del cabello ya citado, por lo cual las razas se dividen según el color fundamental de la piel en:

Raza blanca u oligocromática.

Esta raza tiene la piel de color blanca, pero naturalmente no blanco absoluto. Esta raza tiene dos subvariedades, de acuerdo con su matiz o tinte; la subvariedad xantocroide (rubios y nórdicos), debido a que el pigmento fundamental melanina se le agrega como color secundario el amarillo debido al pigmento amarillo y la subvariedad molanocroide (morenos y meridionales de Europa) que es debida a la melanina escasa sin ningún pigmento secundario.

Razas de color. Se dividen en:

1.º **Raza negra**, que tiene la piel de color negro, naturalmente no absoluto, debido a la gran cantidad de melanina.

2.º **Raza parda**, que tiene la piel de color pardo, debida al pigmento pardo o café, más oxidado que el pigmento negro o melanina y presenta dos subvariedades: **una en hoja** seca de los negritos y otro chocolate.

3.º **Raza mongoloidea, paramongólica o cobriza** o indoamericana que tiene la piel de un color rojizo cobre, debido a un pigmento más oxidado que el pigmento pardo y tiene dos variedades, una rojiza (pieles rojas) y otra cobre propiamente dicho (indoamericanos del Sur).

4.º **Raza mongólica o amarilla**, que tiene la piel de color amarillo debido al pigmento amarillo que es el más oxidado, y presenta dos variedades, el amarillo trigo o amarillo vivo (chinos y calmucos) y otra amarillo curtido o de cuero (indonesios y polinesios).

A la raza cobriza algunos la consideran como una variedad de la amarilla, así como a la raza parda se la considera una mezcla del negro con el mongol, es decir, sería una raza zamba.

El color de la piel de todas las razas tiene su tono, ya claro u obscuro, lo que hoy día se tiende a relacionar con el temperamento como hemos visto.

Las diversas regiones de la cara por ser partes descubiertas del organismo son un excelente sitio para estudiar el color de la piel; en nuestro enfermo en estudio presenta los caracteres de la raza blanca, es decir, la piel es de color blanco con ligero tinte amarillento (xantocroide).

GLANDULAS SUDORIPARAS

Son más numerosas en las razas de color que en las blancas, por lo cual la piel en ellas toma un aspecto aterciopelado que les da un reflejo como las estatuas de bronce.

GLANDULAS SEBACEAS

Digase lo mismo que las glándulas sudoriparas, a lo que hay que agregar además que la mayor cantidad de sebo en las razas de color tiene por objeto quitarle calor a la piel, pues las grasas tienen gran afinidad por el calor.

COLOR DEL OJO

En todas las razas el dermis tiene cromatoforas conjuntivales que también contribuyen a darle el color a la piel, pero el dermis tiene mayor grosor en las razas de color que en la blanca. Lo más importante es el color del ojo.

Conjuntiva ocular. En la raza negra existe pigmento melánico abundante en todas las capas epiteliales de la conjuntiva del limbo esclero-corneal, el que va disminuyendo hacia los fondos de saco, el que toma un tinte negruzco; en las demás razas el pigmento está solamente acumulado en el limbo esclero-corneal, así en el amarillo hay pigmento amarillo escaso solamente en las células epiteliales basales del limbo, lo que le da al limbo un color blanco sucio o amarillento; en el blanco melanocroide existen solamente rastros de pigmento epitelial melánico perinuclear en las células basales del limbo esclero-corneal, lo que le da el tinte grisáceo en el blanco xantocroido (del griego xantos-amarillo), falta totalmente el pigmento, por lo cual el limbo toma un color blanco o azulejo.

Esclera. La esclera no tiene pigmento en el hombre y sólo tiene escaso pigmento celular a nivel de la entrada del nervio óptico en las razas negras, lo que se observa en el examen interno.

Iris (del griego iris-siete colores). En el iris como sabemos se distinguen dos zonas, una externa o anillo coloreado externo y una interna o aureola. La aureola no presenta epitelio anterior, pero es irregular debido a que presenta vigas radiadas y depresiones entre ellas. El anillo coloreado externo sirve para estudiar el color fundamental del iris y la aureola nos presenta pura la calidad del pigmento, es decir, su mayor o menor grado de oxidación: amarillo, naranja, pardo y negro en orden descendente de

oxidación. En la **raza negra** el anillo coloreado externo tiene cromatoforos epiteliales repletos de pigmento melánico dependientes del epitelio anterior, estos cromatoforos epiteliales son numerosos, con prolongaciones protoplasmáticas toscas en forma de masa, lo que le da un color negro a este anillo en forma tal que todo el iris aparece uniformemente negro, el que a veces no se distingue de la pupila. En la aureola hay únicamente cromatoforos conjuntivales y que ocupan sólo las vigas, no habiendo pigmento en las criptas o depresiones y por esto las vigas aparecen de color negro obscuro y las criptas o depresiones de color azul, pues el negro retiniano mezclado con el color blanco del tejido de las depresiones da este color azul.

En la **raza amarilla** el anillo coloreado externo presenta escasos cromatoforos epiteliales y son los cromatoforos conjuntivales situados por detrás del epitelio anterior que le dan el color a este círculo; estos cromatoforos conjuntivales son gráciles, finos fusiformes, aracniformes, cargados de pigmento pardo o amarillo. En la aureola hay sólo cromatoforos conjuntivales como hemos dicho, los que se distinguen del negro en que son más gráciles y finos y su pigmento es pardo o amarillo, acumulado en las vigas, las que presentan estos colores pardo o amarillo, no hay pigmento en las depresiones, las que toman un color azul por las mismas razones que vimos en la raza negra.

En la **raza blanca morena**, es más o menos parecido al color del iris del amarillo.

En la **raza blanca rubia** el círculo coloreado externo es de un color azul porque no hay ningún cromatoforo ni epitelial ni conjuntival, de modo que a través de ella pasa el color negro del epitelio retiniano retroiridiano, lo que con el tejido blanco del iris engendra este color azul subjetivo. En la aureola tampoco hay cromatoforo y a través de ella sólo a nivel de las depresiones pasa el color negro de la retina, dándole a estas depresiones el color azul subjetivo, pero las vigas aparecen blanquecinas, ya que por ser ellas gruesas no puede pasar el negro retiniano.

Haremos notar que en las razas con cromatoforos conjuntivales o epiteliales tienden a acumularse en la aureola porque ésta está más expuesta a la luz.

Para determinar el color del iris hay que colocarse a 30 cms. con luz natural pero sin sol y para clasificarlo se usa la tabla colorimétrica de Rodolfo Martin, que comprende 16 números, los números del 1 al 12 corresponden a los ojos, pigmentados y entre éstos del 1 al 6 a los colores negro y pardo, del 7 al 12 a los intermedios verdes, del 13 al 16 corresponde a los ojos despigmentados. En resumen, se-

gún el color del círculo coloreado externo los ojos se pueden dividir:

Ojos despigmentados, que comprende:

1.° **El ojo azul**, propio de la raza blanca rubia, debido a que el iris en totalidad no tiene pigmento y sólo tiene pigmento retiniano, lo que le da un color subjetivo azul, correspondiendo esto a los ojos despigmentados de la primera clase de Bertillon, y se subdivide a su vez en:

a) **Azul puro**, es decir, sin matiz o colores cromáticos secundarios; a este ojo también se le llama azul intenso de Virchow o gris obscuro de los recién nacidos rubios.

b) **Azul impuro**, es decir, con matiz o con colores cromáticos secundarios, los cuales pueden ser amarillo, naranja, pero también puede tener un tinte verduzco subjetivo debido a la mezcla del color azul general con el amarillo.

2.° **El ojo gris o plomo pizarra**; éste tampoco tiene pigmento en el iris como el anterior, pero el pigmento retiniano retroiridiano está en mayor cantidad que el anterior y se divide también en impuro y puro, debido también a las mismas causas. Es un signo de mestizaje entre la subvariedad rubia y morena de la raza blanca.

Ojos pigmentados. Que comprenden:

1.° **Ojo verde**, debido a que el iris tiene escaso pigmento, el que es amarillo naranja y resulta un verde subjetivo por la mezcla de estos colores con el negro retiniano retroiridiano. Puede ser puro o impuro.

2.° **Ojo pardo**, en el cual el iris tiene pigmento pardo o café y como los anteriores puede ser puro o impuro. Es propio del blanco melanocroide y del mongol.

3.° **Ojo negro**, mejor llamado negro grisáceo, ya que el negro absoluto no existe, debido a que el pigmento negro está en abundancia en el iris como lo hemos visto y puede ser puro o impuro.

Si nosotros agregamos a esta clasificación el color de la aureola en cada caso, tenemos la clasificación de los ojos de Bertillon tan importante en la Medicina Legal.

Todos los colores anteriormente descritos pueden tener tonos claros u obscuros que hoy día tienden a considerarse como signos temperamentales o humorales.

En el enfermo en estudio (fig. 4) tenemos un ojo pigmentado verde impuro con matiz pardo.

Llámase **complexión** (del latín complexus-con múltiples pliegues unidos o simplemente reunión), la reunión del color del pigmento de la piel, del pelo y del iris, los que están en íntima relación entre sí, debe determinarse en el adulto y es un carácter geno y fenotípico.

Pupila, en todo ojo la pupila es negra debido a que ninguno de los rayos provenientes del fondo del ojo son reflejados al ojo del observador y por esto la pupila tiene un color negro subjetivo, no es debido al negro retiniano.

PIEL

En la piel trataremos especialmente el grosor y las formaciones en forma de pliegues en los párpados y labios.

Grosor. En la raza blanca la piel es delgada, siendo la piel más gruesa en las razas de color; así en la raza amarilla este mayor grosor está especialmente localizado en la cara media, es decir, raíz de la nariz, dorso nasal, párpados, región malar y raíz del arco zigomático. Este mayor grosor de la piel está en correspondencia con un esqueleto facial más fino y grácil a este nivel (suplencia ectodérmica del esqueleto). En los negros el mayor grosor de la piel radica especialmente en la cara inferior, en la región mandibular y labial. El enfermo en estudio (fig. 4) tiene piel delgada.

Pliegues de la piel. El pliegue más importante es el llamado **pliegue de cubrimiento** del párpado superior, que es un pliegue de la piel que existe en esta parte. En el mongol debido a que la piel del párpado superior tiene una laxitud exagerada, el pliegue baja mucho, en forma tal que llega a cubrir el borde libre del párpado, siendo ligeramente convexo en su parte media y las bases de las pestañas están cubiertas por él, por lo cual éstas tienen una apariencia más corta y por la misma razón el ojo mongólico aparece más pequeño; este pliegue de cubrimiento en el ángulo externo del ojo se levanta un poco dando la impresión como si hubieran dos ángulos; esta extremidad externa al dirigirse hacia arriba arrastra consigo al ángulo externo y por esto el ángulo externo del mongol está a 4 mm. más alto que el ángulo interno, dando origen así a la oblicuidad del ojo, también llamado estrabismo falso o pseudo-estrabismo mongólico (del griego strabos-turnio). En el ángulo interno el pliegue de cubrimiento se junta con la piel de la cara lateral de la nariz formando un pliegue secundario llamado pliegue marginal o nasal (figs. 35 y 36), que es un pliegue semilunar que cubre el ángulo interno del ojo no permitiendo ver las formaciones de este ángulo interno (carúncula, etc.), y da origen al ojo almendrado o bridado de los mongoles. Esta brida junto con el pliegue de cubrimiento desarrollado contribuyen a darle la pequeñez a la hendidura palpebral. El borde interno de este pliegue marginal se llama epicantus (del

griego epi-sobre y kanthos-ángulo), el que suele aparecer sin pliegue marginal, siendo en este caso el representante en miniatura de dicho pliegue. Este epicanto une el párpado superior con el párpado inferior y es muy común en el niño blanco, por lo cual Metschnikoff había creído hacer descender a los blancos de los mongoles calmucos. Los pliegues marginales de ambos lados dan la impresión de una raíz nasal ancha y por lo que hacen aparecer los ojos más separados entre sí.



Fig. 35.—Pliegue de cubrimiento y semilunar del ojo bridado del mongol.

En el blanco el pliegue de cubrimiento es más alto y no llega a cubrir el borde libre de los párpados sino que corre paralelamente a él y por encima de él, y cubre solamente la parte superior o tarsal del párpado. El borde inferior del pliegue de cubrimiento en el blanco es menos cóncavo que el borde libre del párpado, siendo casi recte y borrándose paulatinamente hacia el ángulo externo lo mismo en el ángulo interno. El borde de los párpados por no estar cubiertos por el pliegue de cubrimiento se ve claramente presentando la forma ligeramente arqueada dirigido del ángulo interno al externo, observándose las pestañas con su longitud real a la inversa del mongol. Los ángulos del ojo están en un mismo eje horizontal y a la mis-

ma altura y las formaciones del ángulo interno del ojo están claramente visibles, pues no hay peligro marginal o nasal que las cubra, teniendo la abertura palpebral una forma redondeada en su parte media y el ángulo interno por ser más amplio una forma de seno, siendo el ángulo externo agudo; por la falta del pliegue marginal la raíz de la nariz no aparece ancha y los ojos parecen estar más cerca que en el mongol (fig. 4).



Fig. 36.—Ojo mongólico.

Hay muchos blancos que tienen la abertura palpebral parecida a almendra, debido a que los dos bordes libres se presentan estirados desde el ángulo externo como en la raza blanca de lengua semita.

El enfermo de la figura 10 nos presenta un pliegue de cubrimiento desarrollado que cubre la base de las pestañas, como el mongol, pero la abertura palpebral no tiene los demás caracteres del mongol, se trata de un mestizo, es decir, una mezcla de mongol o mongoloide con blanco, lo que es lo más común en nuestro pueblo chileno.

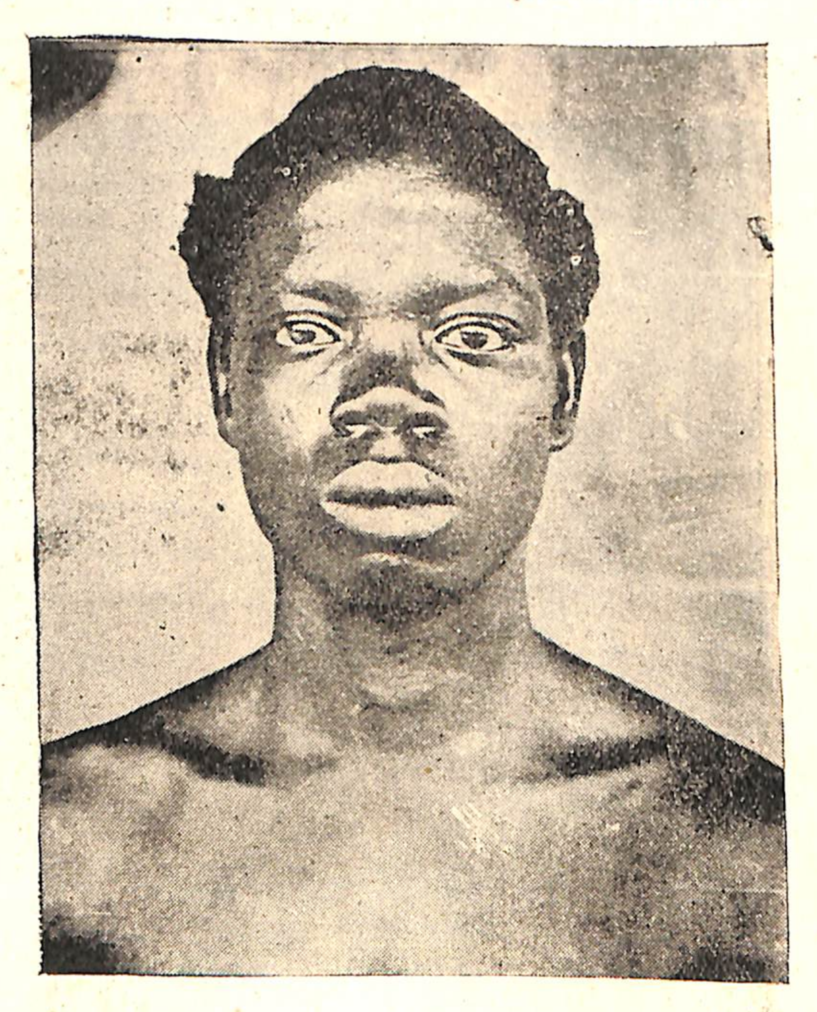


Fig. 37.—Negro.

En el negro (fig. 37) la abertura palpebral es homóloga al blanco, pero en ellos jamás existe epicanto, haciendo en el pliegue semilunar del ángulo interno del ojo un armazón cartilaginoso.

El enfermo en estudio (fig. 4) es una abertura palpebral propia de la raza blanca, pues no presenta caracteres mongólicos, ni mongoloides, como en el enfermo de la figura 10, ni tampoco armazón cartilagíneo en el pliegue se-

milunar; este enfermo como el de la figura 10, **son de nacionalidad chilena, a pesar de tener caracteres raciales distintos**.

La nariz del blanco, como sabemos, es larga, de orificios ántero-posteriores, alta (fig. 38), delgada y su dorso recto, como la **nariz címbrica o germánica**; con el dorso cóncavo y de base arremangada llamada **céltica o socrática**; con el dorso convexo y sus variantes, ya **dantesca** o **aguileña**, ya en halcón o azor, ya de variedad **semita o judía, o hitita.**

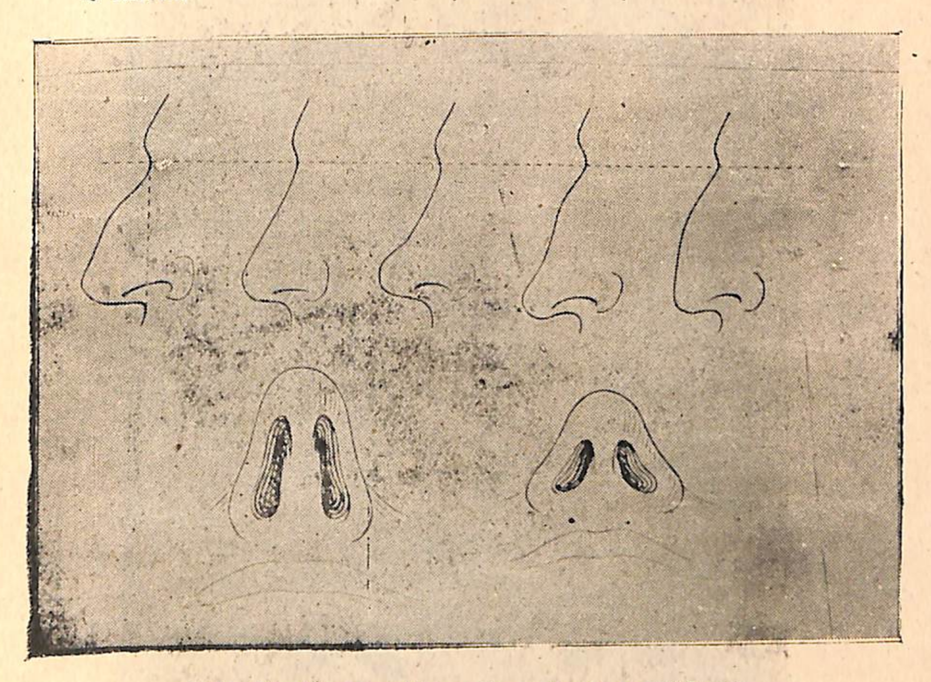


Fig. 38.—Diversas líneas de nariz de raza blanca.

La nariz del amarillo y mongoloide, como sabemos, es corta, de orificios oblicuos, intermediarios entre los ántero-posteriores del blanco y los trasversales del negro, gruesa, baja (fig. 39).

La nariz del negro, como sabemos, es muy corta, de orificios trasversales, muy gruesa y muy baja (fig. 40).

En el enfermo en estudio (fig. 4) la nariz nos presenta los caracteres de la raza blanca.

Región labial. En la raza blanca la piel de la región labial nos presenta los siguientes caracteres: el **surco naso oral o filtrum** nos presenta sus bordes laterales muy mar-

cados y prominentes y por lo tanto el surco es marcado y su proyección en el labio mucoso nos da un solo tubérculo mediano, siendo la escotadura terminal del filtrum angosta; la **estría límite** que separa el labio tegumentario del mucoso es poco marcada, y el surco naso geniano y naso labial empieza muy abajo, cerca del ala de la nariz.

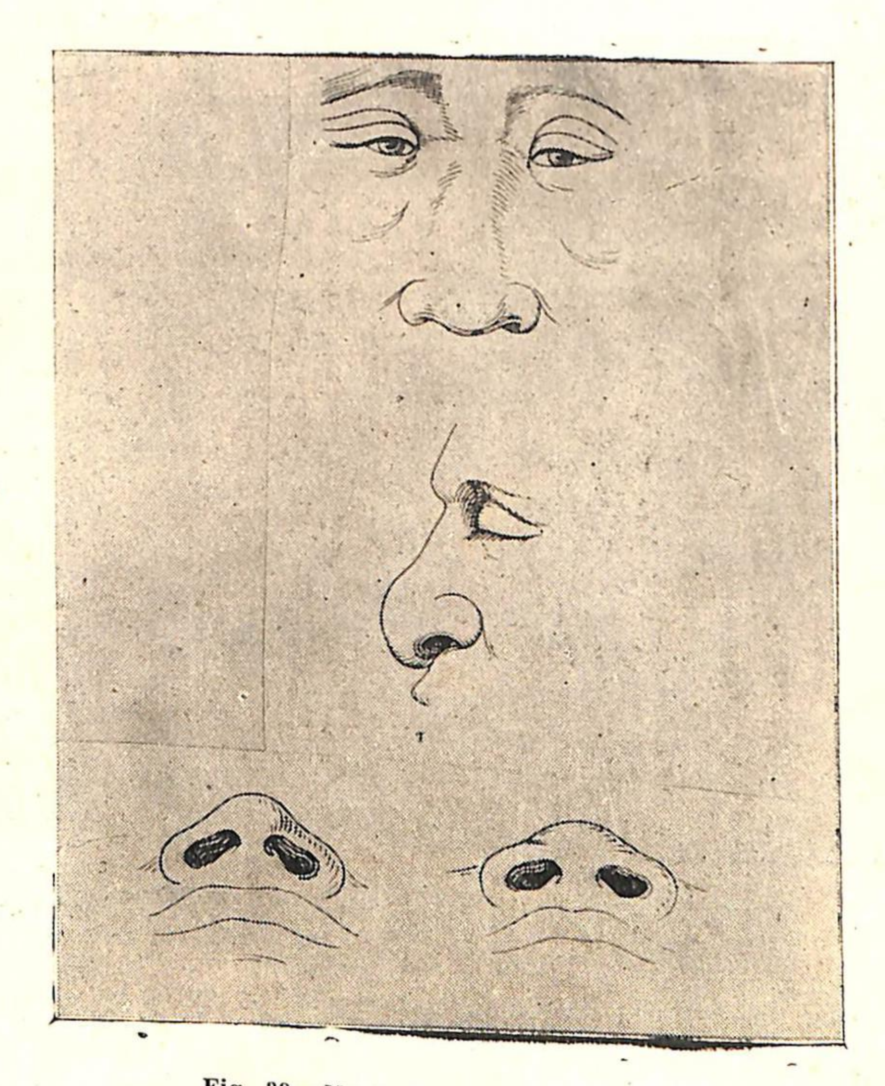


Fig. 39.—Nariz de la raza amarilla.

En la raza negra los bordes laterales del filtrum son poco marcados y por lo tanto el surco es poco marcado y se ensancha a medida que desciende (fig. 37) y cada borde o rodete del filtrum se proyecta en el labio mucoso en un

tubérculo, de modo que a la inversa que el blanco nos presenta dos tubérbulos y la escotadura terminal del filtrum es ancha; la estría límite es muy marcada debida a la eversión del músculo orbicular de los labios y el surco naso y labio geniano empiezan muy arriba.

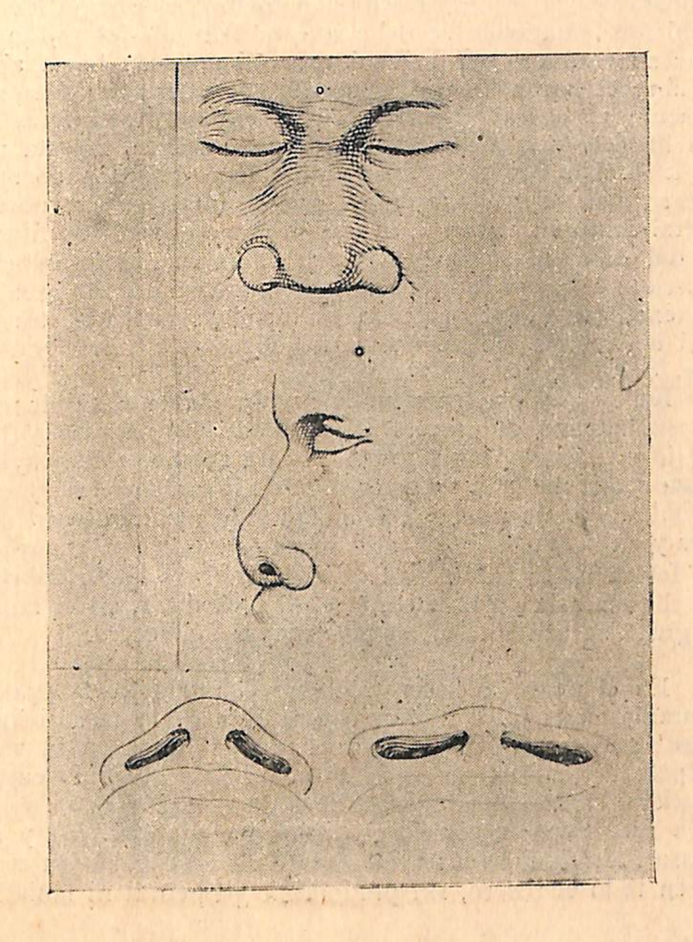


Fig. 40.—Nariz de la raza negra.

El amarillo nos presenta los caracteres intermediarios entre estos dos. El enfermo de la figura 4 nos presenta los caracteres de la raza blanca en la región labial.

GRASA Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

En la raza amarilla el tejido celular subcutáneo es más suelto y laxo, lo que se observa especialmente en la región palpebral y malar; en la región palpebral el pliegue de cubrimiento mongólico se debe a esta laxitud del tejido celular subcutáneo, por lo cual este pliegue cae hacia abajo y cubre el borde libre del párpado, arrastrando consigo al músculo palpebral superior, cuyas fibras divergentes llegan hasta el mismo tejido celular subcutáneo. A esta misma laxitud del tejido celular subcutáneo del párpado superior se debe la infiltración de grasa tanto en la porción orbital como en la tarsal, lo que produce el **párpado hinchado del mongol**, en que se borra el surco órbito-palpebral superior; al párpado inferior le pasa más o menos igual fenómeno, eso que el proceso es menos acentuado, todo lo cual constituye las bolsas mongólicas que son grasosas (fig. 36).

En esta misma raza en la región malar el tejido celular subcutáneo se presenta igualmente muy suelto y laxo, por lo cual se acumula grasa en esta región, constituyendo el **paniculus malaris**, característico de los mongólicos y mongoloides, lo que aumenta la anchura y aplanamiento de la cara y en las mujeres de estas razas este panículo acentúa en tal forma estos caracteres, que vistas de lado no sobresale en ellas la raíz de la nariz (fig. 41), es decir, en el mongol la grasa se acumula en el piso medio del rostro.

En el negro, a la inversa que el mongol, la grasa se acumula en el piso inferior o digestivo de la cara fisiognómica; en efecto, hay poca cantidad de grasa en la región palpebral y malar, pero ella se acumula en cambio en gran cantidad en el labio tegumentario superior, lo que da lugar a la proquilia (pro-hacia adelante y cheilion-labio) y a su grosor. En la raza blanca la grasa se acumula regularmente en todo el rostro, sin predominio palpebral ni labial.

MUSCULO

El negro presenta un desarrollo característico del músculo orbicular de los labios, lo que junto con la ya citada grasa produce la proquilia, es decir, que los músculos mímicos como la grasa están más desarrollados en la región labial.

En el amarillo, como la grasa, los músculos mímicos se desarrollan más en la región palpebral superior; en efecto, el músculo palpebral superior tiene una longitud exagerada en esta raza.

En el blanco no presenta ninguno de estos dos caracteres.



Fig. 41.—Panículo malaris de los mongoles y mongoloides.

El objeto de esta esquematización de los caracteres raciales en la norma anterior de la cabeza tiene por objeto orientarnos en la interpretación de ellos, y así poder diagnosticar las mezclas raciales que son las más numerosas, pues las puras son muy raras, y aquéllas continuamente se presentan en la práctica; aquí en Chile la mezcla racial más común es la que se llama mestiza, mezcla de blanco con mongoloide, propia de la inmensa mayoría de nuestro

pueblo. Llamamos mulato a la mezcla de negro con el blanco y mongoloide con el negro.

Según los endocrinólogos los caracteres raciales de los blancos ya descritos en la cara, como en todo el organismo, se deberían a un predominio de la hipófisis anterior. En la raza amarilla se debería a un predominio de la paratiroides y timo (Müller y Fucushima), lo que es corroborado por Marañón, según el cual habría una insuficiencia constitucional racial suprarrenal, no patológica y es muy frecuente en esta raza la Enfermedad de Adisson, lo que ha sido observado en los japoneses, pieles rojas de Norte América y en los gitanos europeos, estos últimos tienen gran mezcla amarilla. En la raza negra habría un predominio de la corteza suprarrenal (Keith y Stockard). Los estudios endocrinológicos desde el punto de vista racial están en sus primeros pasos, por lo cual todavía están muy poco confirmados.

EDAD

Las fases del desarrollo del ser comprenden la vida intrauterina y la extrauterina, esta última se divide en tres eras: a) era anaplásica o de crecimiento de 0-28 años; b) era metaplásica o de madurez de 28-56 años, y c) era cataplásica o involutiva desde los 56 años hasta la muerte fisiológica. Cada era se divide en edades o épocas de 14 años cada una y cada edad en dos períodos compuestos de 7 años cada uno; estos períodos reciben el nombre de climaterior desde Pitágoras (del griego Klimax y que significa escalón), también se le conoce con la nomenclatura latina del septenario. En la mujer, debido a que su desarrollo sexual es más precoz que en el hombre las fases de su desarrollo se adelantan en un septenario con respecto al hombre de modo que la era metaplásica en la mujer se inicia a los 21 años. Todas estas fases naturalmente son esquemáticas y sólo tienen un valor de orientación y aproximado.

La **era anaplásica** (del latín era-fecha; del griego ana-hacia arriba y plassein-formación) comprende dos edades la **infantil** y la **juvenil**, y cada una comprende dos septenarios. La **era metaplásica** (del griego meta-después o más allá), también tiene dos edades, la edad de la **madurez confirmada**, la que a su vez tiene dos septenarios y la edad de la **madurez decreciente**, que comprende a su vez dos septenarios.

La **era cataplásica** (del griego cata-hacia abajo) comprende la **edad senil** (56-70 años); la **edad caduca** (70-84

años); la **edad lóngeva** (84-98 años); y la **edad centenaria** o infantil de los viejos de 98 hasta la muerte fisiológica, estas dos últimas edades se conocen con el nombre de **decrepitud** (del latín de-falto y crepitus-ruido), pues se caracterizan por el silencio que guardan las personas a esta edad que precede al silencio de la tumba. Los antiguos griegos con Pitágoras ya habían observado estas fases que en las distintas edades y escalones de la vida el hombre presenta cambios somáticos y psicológicos y que hoy día se ha esclarecido que ellos dependen de cambios endocrinos.

PELOS

En la era ovular y embrional de la vida intrauterina no hay pelos. En la **era fetal**, que comienza al final del tercer mes de la vida intrauterina empieza el desarrollo del lanugo fetal o pelo primario junto con el desarrollo de los demás órganos y así nos presenta tres períodos en esta era:

a) **Primer período o preeruptivo** (4.º mes) se forman brotes epidérmicos que se hunden en el dermis y dan lugar a la papila del lanugo.

b) **Segundo período o eruptivo primario de Unna** (5.º y 6.º mes) en el cual el lanugo perfora la epidermis y forma el llamado pelo primario de Unna que nace aislado y es ralo.

c) **Tercer período o eruptivo secundario de Unna** (7.º y 8.º mes) en el cual nace agrupado de dos a tres pelos, siendo más tupido y constituyendo lo que se llama el lanugo maduro que es bastante fuerte y con su implantación perpendicular a la piel, al corte es muy fino, filamentoso, no pudiéndose determinar el índice piloso de él. No se presenta agrupado sino aislado en las pestañas y cejas. En él no hay diferencias raciales ni sexuales. Este pelo lanuginoso se dispone en agrupamientos lineales curvos y regulares llamados ríos, flúminas o corrientes; cuando éstos confluyen entre sí forman una corriente mayor llamada línea nodal de los flúminas, pudiendo éstos confluir en un solo punto central que se llama remolina o vortex, cuando los pelos del vortex se inclinan hacia el centro de él constituyen las corrientes convergentes, y cuando lo hacen en sentido contrario constituyen las corrientes divergentes. En la norma anterior de la cabeza ellos forman la cruz nodal de la raíz de la nariz ya descrita a propósito del temperamento lanuginoso. Este lanugo además es poco pigmentado, no pudiéndose saber cuál va a ser el color definitivo

del pelo secundario y terciario. En profundidad el lanugo no sobrepása el corión y jamás llega al tejido celular subcutáneo (fig. 42).

d) **Cuarto período o de la caída del lanugo** (9.º y 10.º mes, diremos que la palabra mes está tomada aquí en sentido de mes menstrual que comprende 28 días y por lo tanto el embarazo dura 10 meses menstruales o sea 280 días). En este período el lanugo cae y queda nadando en

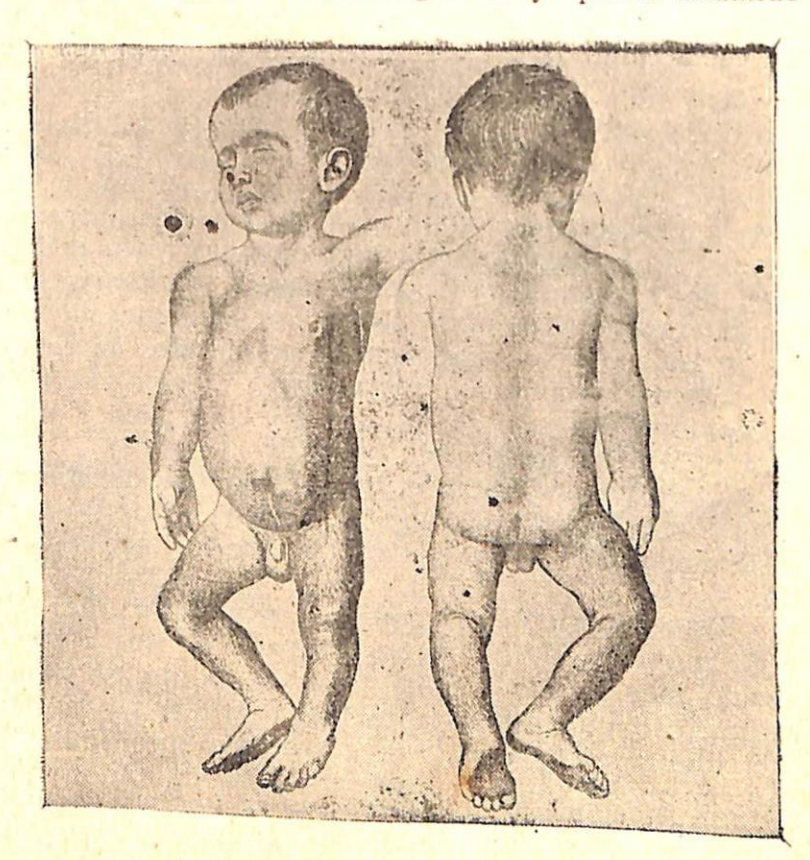


Fig. 42.—Lanugo fetal.

el líquido amniótico, pero no caen todos los folículos sino que muchos quedan y son los que van a constituir el vello, que en la cara se llama bozo, de la vida extrauterina. Otro de estos mismos folículos que no caen constituyen el pelo secundario y otros quedan en estádo latente para desarrollarse en el período sexual y constituir el pelo terciario.

En la **edad infantil** (del latín in-no y farire-hablar), de la era anaplásica el pelo secundario tiene la disposición ya descrita en el temperamento y en esta edad se desarrollan el cabello, las pestañas y las cejas. Los cabellos son del-

gados, finos y el límite anterior de ellos forma una línea cóncava hacia la frente, debido a que los ángulos de las sienes y entradas frontoparietales están todavía cubiertos de cabello. Las cejas son delgadas, ralas, sin tendencia a unirse en el entrecejo y las pestañas igualmente son ralas.

En la **edad juvenil** de la era anaplásica, en el período de la **adolescencia** (del latín adolescere-agrandarse) y en el subperíodo de la **pubertad** (del latín pubescere-cubrirse de pelos) o efebia (del griego ephi-a causa de y ebe-pubertad), que comprende desde los 14-17½ años, se refuerza el vello y pelo secundario, pero lo más característico de este subperíodo o efebia es que en ambos sexos empiezan a diseñarse los ángulos de las sientes, eso sí que casi imperceptible en la mujer, debido a que las zonas frontoparietales del límite anterior del cabello se depilan constituyendo las entradas frontoparietales (calvities frontalis adolescentium), lo que se denomina en el hombre **signo de Stein**, que se asemeja a un negativo fotográfico del bigote; todo lo cual da al límite anterior del cabello una forma convexa hacia adelante en su parte media; pero como hemos dicho en la mujer esto es mucho más discreto, por lo cual el límite anterior del cabello en ella permanece cóncavo hacia adelante. Las cejas en el niño varón se engruesan, se espesan sólo en su mitad o tercio interno, tendiendo a formar sinofridia; en el niño mujer las cejas tienden a hacerse finas y a incurvarse. En la región labial del varón empieza a aparecer el pelo sexual o terciario primeramente en los ángulos externos del labio superior y también empiezan a salir pelos en la región zigomática. En la mujer en estas regiones sólo hay vello o bozo. En el subperíodo de la **virilidad** (del latín vir-fuerza). o **internubilo puberal** (del latín nubere-casarse), del período de la adolescencia comprendido entre los 17½ y los 21 años, en el varón se presentan los mismos signos que en el subperíodo anterior, pero los islotes de pelo del bigote y barba tienden a juntarse sin hacerlo completamente todavía, pues existen aún zonas intermediarias no pilosas, apareciendo en este subperíodo además pelos discretos en los ángulos externos del labio inferior y en la región mentoniana, lo que constituye el **tipo no maduro** de la barba. En el **período de la adultez** o **nubilidad** de la edad juvenil, el pelo de la barba y del bigote se hace continuo, es decir, los pelos de las regiones zigomáticas, geniana inferior y mentoniana forman un todo único y los pelos del labio superior también se unen en un todo único a nivel del filtrum, apareciendo en la parte media del labio inferior un mechoncito de pelo llamado perilla o mosca, el que se une

también con los pelos externos del labio inferior; esta es la llamada **barba adulta.** En esta edad en los individuos con temperamento hipotricosido secundario empieza la calvicie. En la mujer se acentúan los signos sexuales: delgadez y longitud del cabello, delgadez de las cejas e incurvamiento de las pestañas. Como se ve, la diferenciación sexual en la cara de la mujer se hace a costa del pelo infantil, sea cabello, cejas y pestañas. No tiene en la cara pelo terciario.

Era de la madurez o metaplásica.

En la edad de la **madurez confirmada** y en el primer período de esta edad los cabellos empiezan a presentar **canicie** (del latín canars-blanco) que son los indicios precursores del comienzo de la atrofia de las papilas, la canicie empieza en la región temporal en ambos sexos. El límite anterior del cabello se hace más manifiesto. En el varón la barba además de formar un todo único se hace más fuerte y tupida, dando lo que se llama la **barba madura.** En la mujer los signos de diferenciación sexual del pelo infantil llegan a su máximo. En el segundo período de la madurez confirmada, la canicie se corre más hacia atrás, hacia el vertex, tanto en el hombre como en la mujer. En el hombre salen pelos terciarios en el trago, en el lóbulo de las orejas, orificios nasales y punta da la naríz, no existiendo en la mujer en este período estos pelos. En la edad de **madurez decreciente** y en su primer período, en el hombre como en la mujer empieza la caída del pelo o calvicie o alopecia fisiológica (del griego alopex-zorr, porque el zorro está sujeto a una enfermedad que le hace caer los pelos) ya que la piel empieza a regresar y los folículos se atrofian, esto naturalmente más marcado en el varón, en el cual además empieza la canicie de la barba y del bigote. En el segundo período de la madurez decreciente, en el varón empieza la alopecia frontal, acentuándose las entradas frontoparietales, las que tienden a confluir en la línea media respetando a veces un pequeño mechón frontal medio. En la mujer el pelo infantil diferenciado sexualmente empieza a adquirir los caracteres masculinos, en efecto el cabello se engruesa, lo mismo ias cejas que tienden a confluir en el entrecejo y empiezan a acentuarse la caída del cabello a nivel de las sienes, tendiendo a formar las entradas fronto parietales, las pestañas se engruesan, en resúmen en la mujer el pelo infantil con diferenciación sexual femenina toma en esta edad los caracteres masculinos adolescentes y que como sabemos corresponde a la edad crítica de la mujer.

Era cataplásica, vejez o ancianidad.

En el primer **período de la edad senil** o vejez incipiente u otoño de la vida, la calvicie se acentúa en el hombre, la que sólo puede empezar en esta edad en la mujer de temperamento hipertricósico, el mechón medio frontal cae y constituye la calva, cuyo representante típico es la calva Hipocrática, que es una zona que abarca de sien a sien y hacia atrás hasta la región occipital, encontrándose en ella sólo pelos lanuginosos (fig. 20). En el hombre además las cejas crecen desmesuradamente y en ellas empieza la canicie, completándose además la canicie de la barba y del bigote. En la mujer se acentúan los signos del período anterior, es decir, cesa el crecimiento del cabello el que llega al máximum de grosor, las cejas siguen engrosándose y como en el hombre empieza la canicie en ellas, acentuándose en general los caracteres viriles del pelo secundario. En las demás edades de esta era siguen marcándose más los caracteres antes dichos y al llegar así a la **edad caduca**, tiende a desaparecer totalmente el cabello, cuya desaparición completa se efectúa en el hombre al llegar a la decrepitud (edad longeva y centenaria), por atrofia completa de las papilas pilosas.

EPIDERMIS

En la infancia la epidermis es delgada y muy lisa en toda la cara especialmente en la frente.

En la edad juvenil la epidermis se engruesa y se forman arrugas trasversales en la frente.

En la madurez aparecen arrugas en los ángulos externos de los ojos (pata de ganso) y además la piel se suelta lo que se puede ver muy bien a nivel de los zigomas.

En la vejez la piel nuevamente se adelgaza y la epidermis se hace escamosa y se surca de arrugas en todo sentido.

El pigmento de las células epiteliales de la epidermis se empieza a formar en mínima cantidad en la vida intrauterina (5º mes fetal) pero su desarrollo se hace más intenso en la vida extrauterina aumentando con los años.

GLANDULAS SEBACEAS

Su desarrollo comienza en el 5º mes de la vida fetal, como lo demuestra él vernix caseoso del recién nacido, después disminuye hasta cesar casi completamente, en forma tal que Arnozan y Gresiet estiman que la secreción sebácea comienza en la gran infancia, aumentando considera-

blemente en la pubertad junto con la salida del pelo terciario (acne de la pubertad), alcanzando su máximo de desarrollo en el adulto que también presenta el máximo de pilosidad y atenuándose nuevamente en la vejez.

GLANDULAS SUDORIPARAS

En la infancia son escasas, aumentan considerablemente en la juventud especialmente en el período de la pubertad, alcanzando su máximo de desarrollo en la edad madura y disminuyendo en la vejez, en cuya edad se observan fenómenos regresivos del dermis y del panículo adiposo que traen por consecuencia una pérdida de turgor y elasticidad (arrugas) y además un adelgazamiento de la epidermis, especialmente marcada en la naríz y mejilla, donde por trasparencia se pueden ser éctasis vasculares debidos a esta delgadez.

OJO

En la periferia de la córnea aparece en la edad senil un arco grisáceo opaco, llamado arco senil o gerontoxon (geron-viejo y toxon-arco) debido al depósito de una substancia coloidea en el limbo esclero corneal, el que empieza a formarse por un arco superior, después aparece uno inferior y por fin los laterales completándose un anillo o círculo total en la edad lóngeva; en el iris en la edad adulta aparecen en la aureola arcos de círculo que son debido a la contracción del esfínter, son arcos claros, concéntricos a la pupila y más visibles en el ojo oscuro. En el anciano el iris tiende a tomar un color grisáceo (en la misma época del arco senil), por una hiperplasia de las células conjuntivas que son blanquecinas por falta de pigmento; el cristalino empieza a hacerse opaco.

Con la edad los cromatóforos del iris presentan modalidades diferentes según las razas, así, en la infancia los cromatóforos del iris en la raza negra tienen un pigmento café, que después toma un tinte verdoso debido a que empieza a aparecer el pigmento negro, para después hacerse completamente negro, en esta misma edad en la raza amarilla el pigmento es café y después, por cargarse de amarillo toma un matiz verdoso, perdiéndose este matiz, después transformándose en negro o café definitivo en el sexto año de la vida.

En síntesis el iris adquiere su color definitivo en las distintas razas al final de la segunda infancia.

El enfermo (fig. 4.) se encuentra en la era metaplásica

edad de la madurez confirmada primer período por sus caracteres morfológicos externos (entradas frontoparietales marcadas y profundas, cejas mas tupidas en la mitad interna, el pelo terciario se continúa directamente con el cabello en la región zigomática y además la barba y el bigote forman un todo único, presenta arrugas marcadas trasversales en la frente, pata de ganso, pero no se observan pelos en el trago, ni orificios nasales, ni en la nariz que son signos de madurez decreciente).

La relación endocrinológica de la edad sólo podemos enunciarla aquí en forma muy general y sólo lo hacemos para ver su importancia.

Según los entendidos, en la edad infantil hay un predominio del timo y de la epífisis. En el primer período de la adolescencia hay un predominio de la hipófisis, que reemplaza al timo y epífisis de la infancia; los signos morfológicos que en la adolescencia da la hipofisis se llaman **caracteres sexuales propiamente dichos**, según algunos. En el segundo período de la edad juvenil o adultez la hipofisis tiende a ser superada por la gonada, lo que se verifica totalmente en el hombre más o menos a los 28 años de edad entonces entramos en la era metaplásica o de la madurez cuyos caracteres morfológicos serían debidos a la gonada y se les llama **caracteres genitales** por algunos y, por fin, cuando hay un decaimiento total endocrino llegamos a la vejez con todos sus caracteres morfológicos regresivos ya descritos.

SEXO

P E L O S

En la **infancia** en ambos sexos existen pelos infantiles (cabellos, cejas y pestañas). En la niñez se esbozan las diferencias sexuales, en efecto el cabello en el niño es más corto y más grueso que en la niña, en la que es más largo, el límite anterior en ambos sexos es cóncavo hacia adelante pero en el niño tiene un esbozo de entradas fronto parietales y las pestañas y cejas con mas gruesas y cortas en el niño que en la niña. En la **juventud** con la pubertad empieza la diferenciación sexual, en el hombre se hace a costa del pelo secundario y terciario y así se acentúan las diferencias sexuales esbozadas en la infancia, engrosándose los cabellos tendiendo las cejas a unirse en el entrecejo y además aparece pelo terciario en la cara que es propio del varón; en la mujer la diferenciación sexual se hace sólo a costa del pelo infantil, así, se adelgaza el cabello, se largan e incur-

van las pestañas, el límite anterior del cabello sigue siendo cóncavo, cortándose bruscamente el cabello a nivel de la región zigomática y no como en el hombre que se continúa con los pelos zigomáticos; en el resto de la cara sólo tiene vello o bozo como en el niño. Las demás diferencias sexuales pilosas ya las hemos visto en las distintas edades.

PIEL

La epidermis de la mujer es mas delgada que la del hombre y más fina como la del niño.

Las glándulas sebáceas y sudoríparas son más abundantes en el hombre que en la mujer, por lo cual el hombre es más predispuesto a la hiperhidrosis, a la seborrea y al acné.

El dermis de la mujer es más turgente que el del hombre y la piel en conjunto es más firme en el hombre que en la mujer.

El tejido celular y grasa es mucho más abundante en la cara en el hombre que en la mujer, siendo esto un excelente signo de diferenciación sexual.

MUSCULOS

Las músculos mímicos de la cara así como los masticadores son menos desarrollados en la mujer que en el hombre por lo cual los pliegues musculares son menos marcados en ésta que aquél.

Como sabemos, estas diferencias sexuales son debidas a las distintas gonadas masculinas y femeninas.

Para la avaluación de los caracteres sexuales en la cara como en el resto del organismo aceptamos la clasificación de Marakow:

Varón.—

a.—**Supermasculino** o **supersexual** o **supergenital de fondo** o mejor **hiperandro** donde los caracteres sexuales están muy diferenciados, muy desarrollados, muy marcados, naturalmente los caracteres viriles, lo que se designa con el Nº 1. (Fig. 22).

b.—**Medio masculino** o **mediosexual** o **mediogenital de Pende** o mejor **meso-andro,** también llamado **puberal o efébico,** es decir, que en los caracteres sexuales viriles nunca corresponden al Nº II más o menos de igual grado de desarrollo como en la pubertad. (Fig. 4).

ç.—**Submasculino** o **subsexual** o **subgenital de Pende**

o mejor **hipo-andro,** también llamado **prepuberal** cuando los caracteres viriles corresponden al desarrollo prepuberal, es decir son poco desarrollas y marcados, y se cosignan con el Nº III.

Mujer.—

a.—**Superfemenina** o **supersexual** o **supergenital de Pende** o mejor **hiper-gina** (del griego gine-mujer) o también llamado **maternal** caracterizado por el gran desarrollo de los caracteres sexuales y cuyo desarrollo se designa con el Nº I.

b.—**Medio-femenina** o **medio sexual** o **medio-genital del Pende** o mejor **meso-gina,** también llamado **puberal o prematernal** (Pende), es decir, que los caracteres sexuales femeninos corresponde al Nº II más o menos en igual desarrollo como en la pubertad.

c.—**Subfemenino** o **subsexual** o **subgenital de Pende** mejor **hipo-gina,** también llamado prepuberal, cuando los caracteres sexuales femeninos corresponden al desarrollo prepuberal, es decir, son poco desarrollados y se designan con el Nº III.

Cuando los caracteres sexuales no encuadran con esta avaluación entramos en el campo de las anomalías constitucionales intersexuales o estados intersexuales que empiezan en el hombre con carácter feminoide y en la mujer con caracteres viriloides llegando por fin al androgino (del griego andros-macho y gine-hembra) o hermafrodita (del griego Hermes-Mercurio y Afrodita Venus por tener el cuerpo la mitad de Venus y la mitad de Hermes o Mercurio).

Antes de terminar el trabajo de la constitución en la norma anterior de la cabeza, daremos una breve reseña de la **constitución somatológica general,** pues como dice von Rhoden, la cara es la tarjeta de visita de la constitución general, un exponente de ella presentando la ventaja de ser visible al primer golpe de vista sin necesidad de desnudar al individuo.

La constitución general comprende los siguientes complejos: tipo y temperamento (hábito); raza; edad y sexo.

HABITOS

Para sintetizar y correlacionar esquemáticamente el tipo y el temperamento en lo esterno, se les ha unido en un complejo llamado hábito Los hábitos fundamentales son tres: el habitus laxus, el habitus strictus y el habitus apretado o muscular.

Las anomalías constitucionales o exageraciones de los hábitos constituyen las **diatesis** (del griego diathesis-disposición o estado) y por esto también a la diatesis en lo fisiológico se les llama estado; la diatesis viene a ser como una enfermedad en potencia o latencia intermedia entre lo normal y lo patológico. El tipo constitucional anómalo de la diatesis se le llama **displasia tipológica** y el temperamento constitucional anómalo de la diatesis se le llama **temperamento discrásico.** Agregaremos que el temperamento es la parte más movible, más modificable del hábito, ya que se trate de parte blandas (educación física, regímenes, tratamientos, etc.) no así el tipo que es la parte fija, menos modificable por tener una base esquelética u ósea.

HABITUS LAXUS

El **habitus laxus** (del latín laxus-suelto, flojo), llamado por el norteamericano Davenport **hábito grueso**, por el alemán Kretschmer **picnosómico** (del griego picnos-grueso), por el norteamericano Bean **hipo-entomorfo**, por el italiano Pende **hipoevolucionado**, por el ruso Bounak **euriplastino**, también llamado **hipervegetativo.** Desde el punto de vista biotáctico (del griego bios-vida y taxis-poner acorde) es decir, poniendo acorde lo externo con lo interno, el italiano Viola lo ha llamado **macroesplácnico** (fig. 43 c.).

HABITUS LAXUS CONSTITUCIONAL

MORFOLOGIA.

Morfológicamente este hábito contiene un tipo y un complejo temperamental o idiosincracia (del griego idios-propio, syn-con y krasis-mezcla, es decir la mezcla propia).

Tipo: el tipo correspondiente a este hábito es el **tipo** latilíneo o picnosómico de Kretschmer, el que encuadra con una cara baja y ancha, llamada por Hellpach (1922) "cara suava" por ser común en los antiguos suavos la que puede o no presentar predominio cerebral.

Idiosincracia: presenta el pelo secundario poco desarrollado y por lo tanto con tendencia marcada a la calvicie precoz en la juventud o edad madura, la que puede presentarse en golfo o en lago como hemos visto. La piel y la epidermis son gruesas. Glándulas sebáceas muy desarrolladas y numerosas, con escaso desarrollo sudoríparo. Es de temperamento linfático, flemático o húmedo. De temperamento apopléctico es decir, hiperplástico vascular, pletórico, sanguíneo. Es de temperamento graso o gordo.

FISIOLOGIA.

Desde el punto de vista embriológico es entodérmico. Fisiológicamente este hábito se caracteriza: por presentar un carácter **ciclotímico** (del griego Kiklos-círculo y thymos-ánimo) de Kretschmer, nótese que no decimos temperamento ciclotímico por ser impropio. Es un vago-tónico, Hipersecretorio digestivo, gran bebedor de agua (húmedo), hipertenso de la máxima, hiperémico (temperamento caliente de Hipócrates), hidroestábil. De poca capacidad respiratoria. De predominio anabólico, pues el metabolismo basal está retardado, con abundancia de iones cálcicos y con poca tendencia a la acidosis. En suma es un hipotiroídeo desde el punto de vista endrocrinológico.

HABITUS LAXUS CONSTITUCIONALMENTE **ANOMALO**

MORFOLOGIA.

Las anomalías constitucionales morfológicas de este hábito son las anomalías del tipo y del temperamento, ya sean separadas o unidas.

Anomalías del tipo: las anomalías tipológicas de este hábito están representadas por la bajez y anchura extremas, lo que se deduce de sus índices, dando así las displasias tipológicas.

Anomalías temperamentales discrásicas, que puede presentar este hábito son: la seborrea oleosa; la exudativa de Czerny; el linfatismo; la timolinfática, la policitemia esencial; la anomalía constitucional obesa y gotosa, (diatesis artrítica).

FISIOLOGIA.

Desde el punto de vista funcional anómalo este hábito puede presentar el estado ciclotímico o simplemente cicloide, que es la exageración del carácter ciclotímico, tan bien caracterizado por el Sancho Panza de Cervantes. Puede presentar los estados vagotónicos intermediarios entre lo fisiológico normal y lo fisiopatológico.

PREDISPOSICION PATOLOGICA DE ESTE HABITO

Este hábito es causa predisponente y por lo tanto agravante de las siguientes enfermedades: de la calvicie; del eczema; del acné; y de todas las enfermedades que causan ede-

mas e inflamaciones de predominio congestivo y exudativo (coriza, enterocolitis, etc.). Según las estadísticas de Luzzato (1934) las lesiones exudativas del pulmón ocasionadas por el bacilo de Koch alcanzan un 45% en este hábito mientras que el resto 55% las presentan en partes iguales los otros dos hábitos. Se ha observado que la mayor parte de los sarcomas los presenta este hábito, por lo cual Virenius (1904) lo denominó hábito mesenquimatoso. Son predispuestos a las enfermedades del aparato digestivo y según las estadísticas de Freeman de 31 casos de pancreatitis hemorrágica, la mitad las presentaban individuos de este hábito. Son predispuestos a las enfermedades del aparato circulatorio (corazón, arterias, riñones, especialmente apoplejías y roturas arteriales). A las enfermedades de la nutrición, gota, diabetes y obesidad. Tienen poca tendencia a las temperaturas elevadas. Desde el punto de vista mental es muy frecuente en ellos la psicosis maníaco-depresiva, exageración del estado ciclotímico. Para los cirujanos es el hábito que debe preocuparles más por las condiciones de su aparato circulatorio que es hiperplásico lo que dá fácilmente trombosis y embolías, la narcosis por la poca capacidad respiratoria es dificultosa en ellos pero soporta bien las hemorragias (Lehmann 1934).

Se presenta muy frecuentemente en ellos el hipotiroidismo patológico.

HABITUS STRICTUS

El **habitus strictus** (del latín strictus-comprimido) llamado también por Davenport **hábito delgado**, por Kretschmer **leptosómico**, por Bean **hiper-ontomorfo**, por Pende **hiperevolucionado** (extremidades largas, hiperesquelio o que como ha demostrado el profesor Westenhoefer (1936) en su trabajo sobre "El problema del origen del hombre". estos son signos de hiperevolución somática no cerebral); por Bounak se llama también **estenoplástico**, también llamado **hipervegetativo.** Desde el punto de vista biotáctico, es decir, relacionado lo externo con lo interno, Viola lo ha llamado **microesplácnico** (fig. 43 a).

HABITUS STRICTUS CONSTITUCIONAL

MORFOLOGIA.

Morfológicamente este hábito contiene un tipo y un complejo temperamental o idiosincracia.

Tipo: el tipo correspondiente a este hábito es el **tipo longilíneo** o leptosómico de Kretschmer, el que encuadra con una cara alta y estrecha, llamada por Hollpach "cara franca" por ser común entre los antiguos francos, la que puede o no tener predominio cerebral.

Complejo temperamental o idiosincracia: el complejo temperamental correspondiente a este hábito presenta: el pelo secundario muy desarrollado, y por consiguiente con poca tendencia a la calvicie la que si se presenta lo hace en la era cataplásica y es irregular como mordida etc.; nótese que nos referimos a la calvicie constitucional, no patológica. La piel y epidermis son delgadas. Las glándulas sebá-

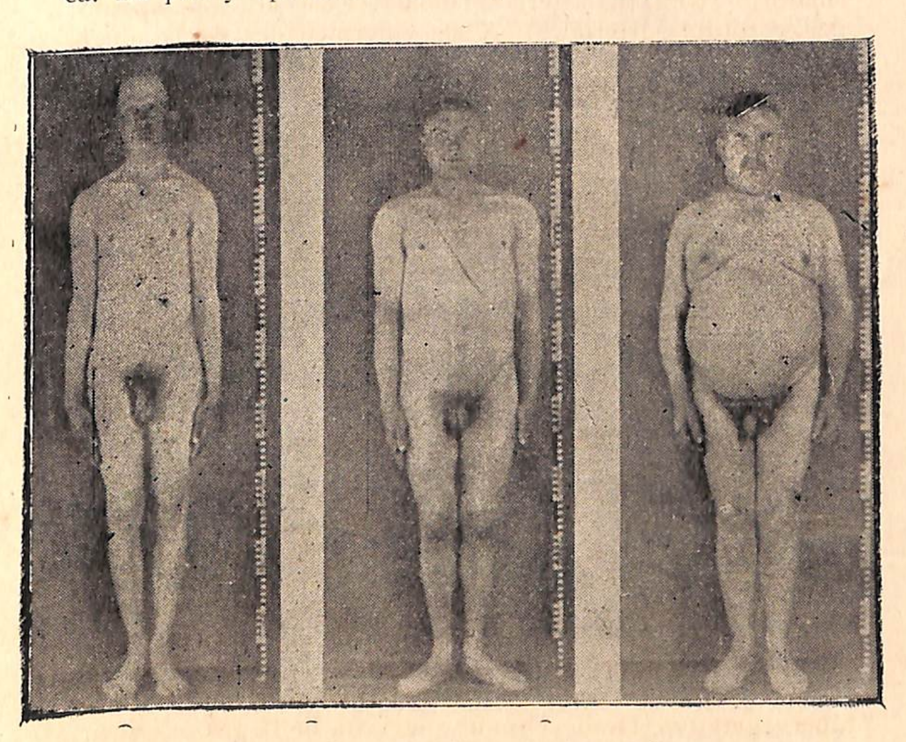


Fig. 43.—Los tres hábitos fundamentales.

ceas poco desarrolladas y escasas con desarrollo sudoríparo. De temperamento seco o enjunto. De temperamento hipoplástico vascular. De temperamento flaco de Davenport. Desde el punto de vista embriológico, tiene predominio ectodérmico (Van Huter).

FISIOLOGIA.

Fisiológicamente este hábito se caracteriza: por presentar un **carácter** esquizotímico (del griego schizo-yo separo) de Kretschmer. Es un simpaticotónico. Hiposecretorio digestivo, poco bebedor de agua (seco), hipotenso, oligohémico (temperamento frío de Hipócrates).

Hidrolabil.—De gran capacidad respiratoria. De predominio catabólico, pues el metabolismo basal en él está acelerado, con abundancia de iones potásicos, con marcada tendencia a la acidosis. En suma es un hipertiroídeo desde el punto de vista endocrinológico.

HABITUS STRICTUS CONSTITUCIONALMENTE ANOMALO

MORFOLOGIA.

Las anomalías constitucionales morfológicas de este hábito son las anomalías del tipo y del temperamento, ya sea separadas o unidas.

Anomalías del tipo: las anomalías tipológicas de este hábito están representadas por la longitud y estrechez estrema, lo que se deduce de sus índices, dando las displasias tipológicas.

Anomalías temperamentales discrásicas: las anomalías temperamentales de este hábito son la delgadez constitucional de las personas sanas.

Cuando las displasias y las discrasias se suman dan lo que se llama el hábito anómalo o **diatesis**, representada en este caso por el llamado **hábito tísico** de Giovanni o **hábito asténico de Stiller** o anomalía constitucional raquítica.

FISIOLOGIA.

Desde el punto de vista funcional anómalo este hábito puede presentar el **estado esquizotímico** o simplemente esquizoide de Kretschmer, caracterizado magistralmente por el Quijote de Cervantes (fig. 44) y puede presentar los estados simpático-tónicos intermediarios entre lo fisiológico y normal y lo fisiopatológico.

PREDISPOSICION PATOLOGICA DE ESTE HABITO

Este hábito es una causa predisponente y por lo tanto agravante de las siguientes enfermedades: de todas las inflamaciones de predominio productivo, teniendo poca tendencia a las inflamaciones exudativas y a los edemas. Los tumores malignos de preferencia en él son los epiteliales (cán-



Fig. 44.—Don Quijote.

cer) por lo cual Virenius (1904) lo llamó hábito epitelial; son predispuestos a todas las enfermedades ocasionadas por disturbio de la musculatura lisa; poco predispuesto a las enfermedades del aparato digestivo, circulatorio y de la nutrición; son predispuestos especialmente a las enfermedades pulmonares ;a las temperaturas elevadas y a la psicosis esquizofrénica; para el cirujano este hábito es el que menos debe preocuparlos, por la delgadez del panículo adiposo, debe preocuparlo, por la delgadez del panículo adiposo, porque se narcotiza fácilmente debido a la gran capacidad respiratoria y no presenta predisposición a las complicaciones circulatorias post-operatorias (trombosis, embolías) por la

hipoplasia vascular constitucional y tiene mucha facilidad para producir tejido de cicatrización, pero resiste poco a las hemorragias. Tiene marcada predisposición para el hipertiroidismo patológico.

HABITO MEDIANO

El **hábito mediano** (Aschner 1934), llamado también **hábito apretado** por Rautmann, por Kretschmer **hábito atlético**, por Bean **meso-ontomorfo**, llamado también **normosómico**, por Bounak **mesoplástico** (fig. 43 b).

HABITO MEDIANO CONSTITUCIONAL

MORFOLOGIA.

Morfológicamente este hábito contiene un tipo y un complejo temperamental o idiosincracia.

Tipo: el tipo correspondiente a este hábito es el tipo **mediolíneo** o atlético de Kretschmer, el que encuadra con una cara armónica, es decir, con igualdad de sus tres pisos, pero puede o no tener predominio cerebral y en este caso en general el soma es armónico.

IDIOSINCRACIA: presenta el desarrollo medio temperamental entre los dos hábitos anteriormente descritos, con predominio del sistema muscular **(temperamento muscular)**. Desde el punto de vista embriológico es de predominio mesodérmico.

FISIOLOGIA.

Fisiológicamente este hábito se caracteriza: por presentar un carácter llamado por Kretschmer **carácter atlético** (1936), es un armónico neurovegetativo. En suma es equilibrado desde el punto de vista endocrinológico.

Como este es un hábito mediano no presenta anomalías constitucionales homólogas.

PREDISPOSICION PATOLOGICA DE ESTE HABITO

Este hábito es predispuesto a las convulsiones, por lo tanto a la epilepsia, etc.; además a las artritis y demás afecciones articulares y Bouday y Fauliczky (1934) sostienen que la mayoría de los enfermos de ciática son de este hábito.

Al género humano se le divide desde el punto de vista

morfológico en razas, estas se dividen en fundamentales o primarias y derivadas o secundarias.

Razas fundamentales: son la negra, la amarilla y la blanca.

Raza negra: las características morfológicas de la raza negra han sido ya tratadas en la norma anterior de la cabeza y agregaremos en síntesis que en esta raza son muy poco frecuentes los tipos con predominio craneano de la cabeza y en la mayor parte de ellos existe un predominio facial de la cabeza caracterizado por tener un ángulo facial agudo. frente huyente gran desarrollo del piso inferior o masticatorio con macrodoncia, potentes mandíbulas y músculos masticadores, prognatismo, y prodencia y proquielis y boca en forma de hocico, etc.

A la raza negra se le describen cuatro ramas, que en orden de evolución cerebral son: los hotentotes; los papuas y los cafres, y los etíopes. En los dos primeros grupos no se encuentran individuos de predominio craneano, pero se encuentran en mayor número en los etíopes, pero siempre son escasos.

En la raza negra predomina la vida afectiva e instintiva sobre el intelecto observándose en ella muy desarrollados los instintos de conservación y sexuales; desde el punto de vista cultural especialmente en las ramas inferiores es en forma de aullidos, guturales, parecido al grito de algunas aves; sus métodos de alimentación en las ramas inferiores son primitivos, los toman directamente de la naturaleza sin ninguna manipulación, pero ya los cafres crían algunos animales. La mente del negro es una mente inactiva o pasiva de acuerdo con su morfología cefálica y naturalmente su cultura tan escasa ha sido incapaz de imponerse naturalmente y por lo tanto no ha desempeñado ningún rol civilizador.

Raza amarilla: las características morfológicas en la raza amarilla ya han sido tratadas y diremos que en los individuos de predominio craneano de la cabeza son más numerosos que en la raza negra. Se le divide en dos ramas: la **mongoloídea** o **indoamericana** y la mongólica.

En esta raza la inteligencia está mucho más desarrollada que en la raza negra; pero en casi todos los pueblos de esta raza se caracterizan por la pasividad o pereza y por esto se dice que hay en ellos una vida de predominio mineral o estática.

Raza blanca: su morfología ya ha sido tratada y es muy frecuente en ella el predominio craneano de la cabeza, caracterizado por lo ya dicho y por el poco desarrollo de la cara, cuyo ángulo facial es alrededor de 90°. Se le divide en

dos ramas: la raza blanca rubia o xantocroide y la raza blanca morena o melanocroide. En esta raza hay un predominio franco de la inteligencia y sus culturas han sido expansivas, y se han impuesto a las demás razas es decir, han sido civilizadores. Esta raza desde el punto de vista lingüístico, exponente del espíritu, se le divide en camitas, semitas y arias o indogermánicas y siendo hasta hoy día las lenguas arias, griega y latina, el lenguaje científico internacional.

Razas secundarias: es decir derivadas de la mezcla de las anteriores y que son las más comunes y son según la nomeclatura castiza: la **zamba**, mezcla de negro y de amarillo, cuyo ejemplar sería la raza malaya o parda; la **mulata**, mezcla de negro y blanco; **la mestiza**, mezcla de amarillo, ya en su rama mongólica o mongoloídea con la raza blanca, que forma la **inmensa mayoría de nuestro pueblo**, como se puede observar en la clientela hospitalaria (fig. 10 y 14 de enfermos del Manicomio de Santiago).

PREDISPOSICION PATOLOGICA DE LAS DIFERENTES RAZAS.

Así como hay diferencias morfológicas entre las distintas razas, también hay diferencias patológicas; así se dice que las enfermedades mentales y las formas de delirio son diferentes en unas y otras razas y que nosotros por no ser especialistas, sólo nombramos; además es tan conocido el hecho que en la raza negra el bacilo de Koch ocasiona lesiones agudas generalizadas de curso rápido; que el blanco europeo presenta de preferencia lesiones crónicas generalizadas pulmonares con hipertrofia del corazón derecho (cardipulmonar) y que la mayoría del pueblo chileno (mestizos) que forma la mayoría de la clientela hospitalaria presentan lesiones pulmonares crónicas localizadas y lesiones agudas generalizadas por lo cual el profesor Westenhoefer dijo que "una de las causas probables de esta forma de lesiones sería el factor racial".

Ya hemos visto la fórmula endocrinológica que tendrían las distintas razas. Si hemos sido tan extensos en la exposición de los caracteres raciales ha sido para comprender mejor los de nuestro pueblo, tan olvidados.

EDAD

La morfología propia de cada edad del desarrollo ya lo hemos descrito y que es esencial para hacer el diagnóstico de los estados ocasionados por anomalías constitucionales del desarrollo, como ser el infantilismo, la progeria, la se-

nectud, etc. Es muy sabido que en las distintas edades de la vida debido a la diferente morfología y fisiología ocasionadas por cambios endocrinos, las enfermedades tienen diferente evolución y frecuencia.

SEXO

La morfología sexual ya descrita en la norma anterior de la cabeza como en el resto del organismo es importante para hacer el diagnóstico de los estados constitucionales anómalos intersexuales, ya que el patólogo no podrá hacerlo con precisión sino conoce la morfología sexual normal, es decir lo mismo que en tipo con las displasias, etc.

CONCLUSIONES

1.º El objeto de este trabajo ha sido demostrar cómo se determina la constitución de la norma anterior de la cabeza.

2.º Que la cara fisiognómica es lo más importante para estudiar el tipo en la norma anterior de la cabeza.

3.º Que el temperamento puede determinarse en la norma anterior de la cabeza mejor que en cualquier otra parte del organismo.

4.º Que para determinar la raza, que es el tercer factor constitucional, nos basta el estudio de la norma anterior de la cabeza.

5.º Que la edad y el sexo que son los otros dos factores constitucionales, se pueden determinar en gran parte en la norma anterior de la cabeza.

6.º Que la norma anterior de la cabeza se presta mejor que cualquiera otra parte del organismo para estudiar los signos constitucionales.

7.º Que todos los signos constitucionales, como signos biológicos que son aproximados y siguen las leyes de la semiología general.

8.º Que todos los signos de tipo, temperamento (hábito), raza, edad y sexo son necesarios para hacer la biosíntesis y no como lo han hecho algunos de considerar la biosíntesis sólo refiriéndose al hábito.

9.º Que la biosíntesis en general es la expresión de la fórmula endocrina individual y por lo tanto el punto de confluencia de todas las ciencias que estudian al hombre (biólogo, patólogo, médico-legista, sociólogo) y cuyas vastas proyecciones las dejamos al criterio de cada uno.

TEMAS DE MEDICINA LEGAL

Bases para legislar sobre la protección a los especialistas en Psiquiatría.—Drs. Isaac Horvitz y Gustav Vila.

Primeras aplicaciones del psico-diagnóstico de Rorschach en los delincuentes.—Prof. Julio Endara.

La infancia desvalida y delincuente en el Ecuador.—Dr. José Cruz.

Estudio sobre legislación en los toxicómanos.—Drs. Víctor Arroyo y Gustavo Vila.

Dr. Isaac Horvitz

Jefe de Clínica Psiquiátrica

Dr. Gustavo Vila

Ayudante de Clínica
Psiquiátrica

Bases para legislar sobre la protección a los especialistas en psiquiatría

Las condiciones particulares en que se desarrolla la vida profesional del psiquiatra nos han llevado a analizar esta situación y a bosquejar los argumentos que pudieran considerarse para sentar las bases de una legislación protectora de estos especialistas.

Sin duda alguna, existen notorias diferencias respecto de las otras especialidades médicas, en lo que se refiere a la profesión de psiquiatra, tanto desde el punto de vista de las circunstancias del ambiente en que se desenvuelve como por los aspectos intrínsecos de esta actividad.

En efecto, la calidad de psiquiatra presupone mayor trabajo y dedicación en relación con los otros especialistas. El examen de un enfermo mental, la asistencia de un alienado y la determinación de su tratamiento exigen un estudio prolongado y un análisis delicado, los únicos capaces de compensar la falta de medios coadyuvantes de la clínica con los que no cuenta el psiquiatra en comparación con los otros médicos. Largas horas de observación estrecha y tenaz le permiten penetrar en el psiquismo del enfermo y tratar de discriminar los síntomas para lograr un diagnóstico de enfermedad mental que en muchos casos sólo se reduce a una agrupación sindromática.

Es seguramente, la especialidad que requiere mayor preparación y cultura del médico ya que el conocimiento de la personalidad humana y de sus trastornos sólo es posible una vez que se han considerado la unidad somática y sus alteraciones y se han analizado en forma particular las diferentes regiones con sus enfermedades propias.

El psiquismo se nos ofrece como una síntesis, como un

conjunto que aunque se analice y se divida en partes determinadas es imposible practicar este análisis independientemente del conjunto, de la unidad psíquica que es la personalidad.

Por otra parte, se trata de una actividad profesional con mayores peligros que las demás desde el punto de vista de la salud y de la vida del médico como desde el punto de vista de la responsabilidad social y legal.

Las agresiones y homicidios por parte de los alienados son un peligro constante para el psiquiatra y en muchos casos, es imposible preverlos. El epiléptico, el demente precoz, el paralítico general acechan constantemente al médico del Manicomio y suelen dejar en él la huella sangrienta de su vesania.

Otras veces se trata del delirante crónico o del querellante que persiguen al médico con sus reivindicaciones patológicas y que suelen hacerse lo que ellos creen justicia, por sus propias manos.

La responsabilidad social y legal del psiquiatra lo obligan a proceder con un criterio extraordinariamente atinado, ya que no siempre coinciden los intereses médicos y las leyes establecidas muchas veces con criterio absolutamente profano.

Si ahora, examinamos el problema en forma intrínseca considerando al psiquiatra en relación con el ambiente en que se desenvuelve su actividad profesional, llegamos a la conclusión de que las desventajas mencionadas más arriba no están de ninguna manera compensadas, sino que por el contrario, sólo existen obstáculos en el medio para el desenvolvimiento de esta especialidad; y para estimular a los médicos a especializarse en este ramo.

Es un hecho por demás sabido el desprecio con que se considera la especialidad psiquiátrica por médicos, alumnos y profesores de nuestra Facultad y la falta de comprensión por la utilidad y la trascendencia de estos conocimientos en el ejercicio de cualquiera rama médica.

La clientela particular del psiquiatra es por múltiples razones la más reducida a pesar de la frecuencia y la difusión de las afecciones mentales. Todos los médicos invaden un poco el campo de la psiquiatría y el psiquiatra se ve reducido a aquellos enfermos que le sustraen poco después los establecimientos de reclusión.

En otro aspecto de la materia la necesidad de exigir conocimientos psiquiátricos o por lo menos la colaboración del psiquiatra en ciertas funciones médicas todavía no es reconocida como debe serlo. Y así vemos en la práctica co-

mo se distribuyen los cargos delicados de médicos de los reformatorios, Casas de menores y escuelas de desarrollo, médicos legistas y criminólogos, médicos de establecimientos de higiene y profilaxia mentales, etc., entre los no idóneos dedicados a cualquiera especialidad. No existe noción de las proyecciones sociales de la psiquiatría y de la utilidad de designar a psiquiatras en estos cargos tanto para la eficiencia de dichas funciones como para estimular la carrera del especialista que así concibe cierto porvenir económico dedicándose a una especialidad tan ingrata y abandonada por los numerosos motivos expuestos.

En síntesis, hay una lamentable deficiencia en la cotización social y práctica de los especialistas en esta materia.

Junto con el mayor trabajo y la mayor dedicación unidos a una preparación más compleja, necesita el especialista arrostrar peligros para su integridad y para su propia vida de lo cual tenemos desgraciadamente ejemplos muy recientes cuyas irreparables consecuencias obligan a preocuparse de este asunto con urgencia.

Por otra parte, no existe ninguna compensación económico-social para poder entusiasmar a los médicos a seguir por este camino, ni el aliciente de un gran trabajo en la práctica privada ni la posibilidad fácil de desempeñar una función pública relacionada con la especialidad y que represente algún porvenir económico.

Es el análisis de esta situación el que nos ha llevado a presentar estas consideraciones de índole harto diferente de las importantes y científicas cuestiones debatidas en esta Asamblea.

Pero estimamos necesario preocuparnos de ella con el objeto de propiciar alguna determinación destinada a resolverla.

Por una parte es indispensable reglamentar el trabajo del médico dentro de los establecimientos para darle seguridad y evitarle los peligros anotados; y en los casos desgraciados establecer un organismo que se preocupe de indemnizarlo a él o a sus familiares.

Por otro lado, es un imperativo guardar al máximum el secreto de sus actuaciones para evitarle las represalias infundadas y generalmente patológicas de los que logran huír de los manicomios o salir de ellos por algún subterfugio. Darle el fuero necesario para defenderse y para determinar fácilmente la reclusión del alienado.

Hay que llamar la atención a las autoridades hacia la necesidad de distribuír los cargos en relación con la psiquiatría entre los médicos que demuestren su preparación

psiquiátrica por medio de concursos serios en que aquella condición sea evidente. Y así mismo llevar a la práctica nuestros acuerdos sobre la designación de los peritos psiquiátricos.

En la realización de este programa van involucrados el porvenir de nuestra profesión, la dignificación de la psiquiatría y el progreso de nuestra ciencia.

Julio Endara

Prof. de Clínica Psiquiátrica
y Neurológica y Director del
Instituto de Criminología.
(Quito)

El psicodiagnóstico de Rorschach en los delincuentes

Interpretación de un Psicograma

El hecho de que por primera vez, en nuestro país, se comience a confeccionar la Historia de Clínica Criminológica de los delincuentes recluídos en nuestras prisiones, así como de los encausados y procesados, nos han obligado a seleccionar el material necesario para el examen Psicológico y Psiquiátrico, dando la preferencia a aquellos métodos que pueden proporcionar, con mayor aproximación, una síntesis de la personalidad.

Ninguno, en nuestro concepto, más útil y significativo que el Psicodiagnóstico de Rorschach. Este, que ha sido aplicado ampliamente al estudio de la Psicosis y Neurosis, y que comienza a dar un buen rendimiento en el campo de la Pedagogía, puede arrojar muchisima luz cuando se trata de iniciar la tarea de la clasificación de los delincuentes. Muchos de ellos son Psicópatas o Neurópatas, o presentan determinado matiz de su afectividad o de su inteligencia, que en ciertos casos explica la génesis del delito. Las observaciones que venimos realizando nos proporcionan verdaderas sorpresas, pues encontramos que casi siempre el "diagnóstico ciego" coincide de una manera extraordinaria con las características de la conducta del delincuente y con su historia criminológica; más aún, aquellas llegan a coincidir con el índice de peligrosidad y con la adaptación que han demostrado en el medio en que viven los delincuentes.

Sin extendernos a mayores comentarios acerca del rendimiento que creemos se debe esperar del Rorschach —lo que será materia de estudios posteriores— en el campo de la Criminología Clínica, y a manera de ejemplo, vamos a interpretar y comentar un caso que, por sus caracteres, nos ha llamado la atención.

Sipnosis Criminológica.—L. E. E., álias "dientes" es un delincuente habitual. Sus infracciones favoritas han sido los atentados contra la propiedad; ha estado en las cárceles por muchas ocasiones. Sus procesamientos demuestran que es autor, desde la simple "ratería" o robo de cosas de valor insignificante, hasta el asalto perpetrado con premeditación, escalamiento, propinando heridas a los que se oponían a él, y más circunstancias agravantes. Sus antecedentes familiares son reveladores de su estado anti-social. Hijo de padres alcohólicos y absolutamente pobres, que respiraban un ambiente social de evidente malvivencia. E., desde temprana edad, tuvo que enfrentarse con la vida. Casi no tiene instrucción.

La falta de control lo llevó a trabar amistad con pandillas de malvivientes, contraventores y "rateros"; entonces deviene hábil escamoteador, "cuentista", ladrón de billeteras, asaltador, etc. Con su pandilla, de la que pronto llega a ser miembro destacado, deambula permanentemente por los bajos fondos sociales, entre prostitutas, delincuentes y más personajes característicos de este ambiente.

En las cárceles es presuntuoso. Ha sido el jefe de muchas sublevaciones y protestas. Se demuestra rebelde y agitador. Los jefes de los presidios se han visto en el caso de aislarlo amenudo, por ser peligroso para la disciplina y en ocasiones hasta se le ha cambiado de prisión, como medida preventiva. Es reacio a los Reglamentos Carcelarios y al régimen de los Talleres.

E. Es un ejemplar del delincuente progresivo: pronto será homicida y asesino.

Es incorregible. Actualmente se halla devengando la pena de prisión por 5 años, por asalto. Tiene además tres sumarios en trámite. En unos resulta autor y en otros cómplice.

Individuo de 26 años. Natural de Pifo. Aparador de cortes. Soltero.

El Psicograma que obtenemos es el siguiente:

1.—Aguila (aunque también parece un escudo) ... ... G F -|- T V

—Cuerpo de mujer (D. centro y parte sup. del centro)	D F -|- Md V
—Parece que la sostienen por debajo de los brazos (D. "figs. laters." y "alas") ...	D B Md V
—El traje que le cubre a la mujer (D. "sombra clara del centro")	Dd F (Fb) Obj O
2.—Payasos que están amigablemente tocándose con las palmas de las manos	G B Md V
3.—Unos monos (D. "gris sin piernas") ...	D F -|- T V
—Están brindándose una presa de carne ...	G B T O
—Presas de chancho hornado (D "r. centro")	D F bF Td O
4.—Un diablo, se le ven los cuernos ("columna central")	D F -|- M V
—Fijándome bien, parece como que recoge todo lo que puede con la capa ...	D B Abs O
—Chanchos o corderos ("alas" o "pies")	D F -|- T V
—Culebras ("culebras")	D F -|- T V
5.—Mariposa	G F -|- TV
6.—Vientre de mujer (D. "columna central")	D F (Fb) Md O
7.—Un dibujo obscuro	G F Obj. V
—Mascarón de puerta de calle (D. tercio superior)	D F (Fb) Obj. O
8.—Toros (D. Ros. lat. "osos")	D F -|- T V
—Pieles (D. ros. cent.)	D F (Fb) Td. O
9.—Estómago (D. trozo entre az. y v "cabeza de animal")	D F -|- Anat. V
—Parece un estudio de anatomía que pudiera precisar si yo hubiera estudiado ..	G FbF Anat. V.
10.—Columna vertebral (D. gris c.)	D F -|- Anat. V
—Insectos y microbios (señala manchas azules)	G FbF T V

Resumiendo, obtenemos el siguiente resultado:

1.—GF-|-TV	DF-|-MdV	DBMdV	DdF(Fb)ObjO
2.—GBMV			
3.—DF-|-TV	GBTO	DF-|-TV	DF-|-TV
4.—DF-|-MV	GBAbsO	DF-|-TV	DF-|-TV
5.—GF-|-TV			
6.—DF(Fb)MdO			
7.—GFObjO	DF(Fb)ObjO		
8.—DF-|-TV	DF(Fb)TdO		
9.—DF-|-AnatV	GFbFAnatV		
10.—DF-|-AnatV	GFbFTV		

En casi todas las respuestas hay comentarios exhibicionistas, unas veces marcadamente petulantes y otras con aspecto de falsa modestia.

Repertorio.

1.—Modo de percepción.

G= 6 (se refieren a al totalidad de la lámina).
D=15 (a percepciones de detalles normales).
Dd= 1 (apercepción de detalles insignificantes y generalmente poco advertidos).

2.—Calidad de las respuestas.

F=11 De las 22 respuestas dadas a las 10 láminas, 11 son respuestas formales, y una de ellas presenta el signo — (considerada como forma mal vista). En conjunto el porcentaje es de F+90%.
B= 4 Interpretaciones cenestésicamente determinadas.
FbF= 3 Interpretadas por el color y secundariamente por la forma (sobre todo en la lámina 10, la segunda respuesta dió una impresión clara de preeminencia del color.
F(Fb)= 4 Respuesta en las que las determinantes principales no corresponden a los valores cromáticos sino a los de luz y sombra.

3.—Contenido de las respuestas y proporción de las mismas.

M=2; Md=3; T=8; Td=2; Anat=3; Ob=3; Abs=1.

1. El tanto por ciento de figuras zoomórficas avanza al 45%.
2. Las respuestas vulgares al 68%, y
3. Las originales al 31%.
   Podría calificarse, de entre éstas, como individual, la segunda de la lámina 3.
4. El tipo de apercepción del sujeto es: 6G—15D—1Dd.
   La sucesión, es decir, el orden de los modos de percepción de las interpretaciones dadas a cada lámina, es, en general, ordenada, aunque algo laxa (láminas 3 y 9), pero ello por razones especiales que ya comentaremos.

Número de respuestas=22;
Tiempo de reacción=1 minuto y 8 segundos;
Duración de la prueba=25 minutos.
Se anota un ligero **choque cromático** que provoca un

evidente desconcierto en el individuo, al llegar a las láminas 9 y 10: el número de respuestas es más bajo y presentan casi un solo contenido (anat).

Por fin, después de casi todas las respuestas, el sujeto se excusa por no darlas con mayor precisión, en vista, dice él, de su escasa preparación "anatómica".

Interpretación.

Número de respuestas: Aunque de valor poco característico, puede decirse que es normal, ya que se encuentra dentro de los límites más frecuentes (15 a 30). Lo mismo podemos decir del tiempo de reacción.

El choque cromático, caracterizado en este caso por una perplejidad ante el color, retarda las respuestas y reduce en cantidad. Además, el carácter de las mismas se esteriotipa hacia la figura anatómica (3/1) casi totalmente, pues dada la escasa cultura del individuo, aún el concepto de "microbios" está ligado —tal como ocurre en la mentalidad popular con la visión médico-anatómica— a las representaciones de Anfiteatro. Este fenómeno denuncia un fondo neurótico con tendencias instintivas fuertes y que se encuentran reprimidas. Otro fenómeno ocurrido también en este caso, es la evitación del señalamiento del rojo y la tendencia al verde de las láminas 9 y 10, que también indican represión afectiva y dominación del afecto.

Al comienzo de la prueba las respuestas de color (2.a y 4.a) tenían un lugar primario y libre, pero luego se nota, como acabamos de anotar, su ausencia o dominación progresiva, lo cual indica una lucha consciente contra la propia afectividad violenta y fuerte. En este caso, según opinión de Bustamante, no se trataría propiamente de represión sino de dominación consciente del afecto.

Valoración cualitativa.

1.º **Apercepción y sucesión.**—A pesar de la falta de interpretaciones Dzw, la proporción entre las G—D y Dd aparece bastante normal. Las G son interpretadas hábilmente y con rapidez y se mezclan a ellas procesos de asociación un tanto abstractos y constructivos, lo que indica existencia de facultades intuitivas. Llaman la atención las respuestas 3.a de la lámina 1, la única de la lámina 2, la segunda de la lámina 3 y la 2.a de la lámina 4, que son eminentemente constructivas, porque después de haber interpretado las D esenciales de cada una de dichas láminas, el sujeto, tomando en cuenta otros detalles, elabora

toda una construcción perfectamente lógica y coherente en su estructura. Recordemos a este propósito lo que dice Rorschach: "aquel que da respuestas G constructivas, llegará a su conclusión partiendo de cualquier detalle inicialmente utilizado y creará sorprendentes concepciones; caerá alguna vez en un exagerado estilizar idealista, y si dispone de una hábil intuición, poseerá la capacidad de abarcar grandes conjuntos, pero por otro lado será unilateral hasta la ceguedad en sus construcciones y empleará para todo igual medida cuando la intuición le falle". Palabras que ahora tienen una gran significación, dada la forma de vida del examinado. Concluimos, pues, que se trata de un intuitivo, pero que será unilateral cuando la intuición le falle.

Este hecho explica, a su vez, el otro: que en este caso la sucesión de las interpretaciones no sea del todo ordenada y menos aún rígida. El tipo de sucesión es en general ordenada, pero en ciertos casos (influencia del color, de las representaciones cenestésicas, etc.), la interpretación global y constructiva se da después de los detalles principales. Es lícito inducir que el individuo piensa mejor inductiva que deductivamente, concreta que abstractamente. Dado el carácter franco de sus respuestas constructivas y su representación de actos humanos, pensamos que esa capacidad constructiva se refiere al planear de acciones del sujeto valiéndose del detalle principal, fondo que debe existir en general en los ladrones reincidentes como el sujeto de nuestro examen.

Hay, además, una inclinación a partir del eje central de las láminas para la interpretación, dejando a veces de lado ciertos detalles principales. Esta peculiaridad debe hallarse en relación con la existencia de ciertos complejos, y "su naturaleza indica, a nuestro juicio, la existencia de una superacentuación más o menos obcesiva de procesos mentales abstractivos frente a la objetiva disposición natural, más concreta que abstracta y más constructiva que abstrayente" (R). Otro carácter, también en relación con la modalidad habitual de los delitos cometidos por el sujeto.

2.º **Sensaciones determinantes.**—El F%, de 90, se encuentra también dentro de los límites normales. Indica una buena precisión de observaciones y buena capacidad para mantener tensa la atención. Y como las F (Fb) son agudamente percibidas, podemos calcular que en realidad el porcentaje debe ser más elevado.

Encontramos cuatro respuestas B, de especialísima significación, que por lo mismo deben ser más bien interpretadas psicoanalíticamente.

Hay también cuatro F(Fb). Las dos primeras se refieren a cuerpo de mujer, la tercera a una puerta de calle y la cuarta a pieles. Relacionadas con la tercera dimensión de la imagen, expresan una afectividad de carácter angustioso pero prudentemente ponderada, correlativa a sentimientos de insuficiencia cuyo contenido se halla constituído por una sensación de falta de apoyo e inestabilidad. También tienen un sentido de capacidad de representación espacial y una disposición constructiva, lo cual afirma lo que ya indicábamos a propósito de la forma de construcción de las G. La representación anatómica de mujer, muy generalizada entre los penados y más en los de la edad del sujeto de nuestro examen, es muy ostensible para que insistamos sobre ella. Recordaremos tan sólo que, en las personas desprovistas de conocimientos técnicos, es un signo de neurosis cuando tienden a la visión anatómica.

Entre las representaciones propiamente cromáticas sólo encontramos 3 FbF. Están relacionadas con la afectividad egocéntrica no adaptada, y dispuesta, por lo mismo, a explosiones súbitas que hacen del individuo un peligro social. Tanto más cuanto que el psicograma se caracteriza por la ausencia de FFb, que son las representantes de la verdadera capacidad afectiva de adaptación y de relación. Está, por consiguiente, lejos de ser un hombre sano y bien adaptado afectivamente, o capaz de adaptación.

3.º **Contenido.**—Estereotipia mediocre, con cierta inclinación a la figura humana y a la representación anatómica. Comentamos ya el particular.

4.º **Originalidad.**—Se encuentran V=68% y O=31%, pero nos inclinamos a creer que el porcentaje de O debe ser mayor y el de V menor, por los resultados generales que vamos obteniendo en las estadísticas de respuestas en los delincuentes, tema sobre el que versará un trabajo posterior. Podemos, pues, con relación a este caso, creer que su capacidad de adaptación intelectual (apreciación individual en el modo de comprender de la colectividad) es bastante bajo. La originalidad del sujeto debe relacionarse indudablemente con la pedantería que hizo ostensible en el curso del examen —y no con una visión independiente y original de las cosas— y con sus hábitos delictuosos.

5.º **Tipo de vivencia.**—Llegamos a un particular de especial interés. Valorando las respuestas tenemos: B=4 para (F(Fb)+FbF)=9. Tenemos, por consiguiente, un tipo **extratensivo,** adaptativo, próximo al coartado, con cierta función lógica. Tendencia expansiva, vibración rápida en el ambiente y tal vez ciclotímico.

Es más razonable inclinarse al tipo coartativo en razón

de que son un tanto discutibles las respuestas correspondientes a la lámina 6.a y 2.a de la 8.a —tal vez habrían sido calificadas como F+ por otros investigadores—. De todos modos, la disposición extratensiva es clara y siempre tendiendo al tipo coartativo adaptativo, acaso por la influencia de los complejos represivos a que nos hemos referido anteriormente. "El tipo adaptativo es más próximo a coartar; en él tanto la extratensión como la intratensión se hallan influídas por una conciencia vigilante, por un enfoque acentuado de la función lógica, pero es capaz de una plasticidad totalmente imposible en el coartado" (Bustamante). Ya hemos visto cuánto hay de capacidad lógica en el sujeto.

Comentario de los resultados y psicoanálisis.

En razón de que tanto las B como las (Fb) y FbF se hallan más cerca de lo inconsciente que las interpretaciones formales, y que tanto las respuestas originales como las individuales, nos dicen mucho más que las respuestas vulgares, vamos a comentar las principales B, (Fb) y FbF.

En este caso no hay, salvo en la primera lámina, actitudes de flexión que nos induzcan a pensar de preferencia en una naturaleza resignada y pasiva; más bien hay (L 2.a y 3.a) percepciones de acercamiento humano y prodigalidad, que en este caso tal vez significan derroche, característica de conducta propia de los amigos de lo ajeno, que cuando consiguen dinero no atinan a empeñarse en una empresa constructiva y productiva.

Pero la que en nuestro concepto es más significativa es la interpretación de la lámina 4.a, en las respuestas 1.a y 2.a: "un diablo que se le ven los cuernos y que recoge con su capa todo lo que puede", a no dudarlo, expresa el sentimiento egotista del sujeto, que se siente dotado de toda la malicia y picardía necesarias para tomar cuanto le es posible de las pertenencias ajenas. Se destaca, como se ve, la inclinación al robo; pero en tal actividad antisocial parece interpretada por el delincuente como un verdadero signo de superioridad y distinción, y acaso con un matiz irónico y festivo. Se trata verdaderamente de una interpretación del inconsciente, nada disfrazada, eso sí, en este sujeto que, aún en sus actitudes ordinarias revela hasta cierto punto su fondo delictivo.

En cuanto a las FbF que hemos encontrado (3), ya dijimos antes, revelan una afectividad egocéntrica no debilitada y próxima al instinto; es decir que expresan la posi-

bilidad de explosiones bruscas, tanto mayores cuanto que el tipo de vivencia es extratensivo.

Las interpretaciones abstractas.—Tenemos que volver a las interpretaciones 1.a y 2.a de la lámina 4.a. Aquí "se trata más bien de una descripción de la impresión que produce la línea central en relación con lo que lo rodea". Descripción de fenómenos represivos, las envolturas, encubrimientos, mascaradas (lámina 2.a), expresan un fondo neurótico de aislamiento y vacío interior, que por las coincidencias con las interpretaciones de claroscuro, nos hace suponer que en el sujeto hay también un sentimiento depresivo y en desacuerdo consigo mismo y al mismo tiempo una tendencia a ocultar dicho sentimiento. En esta interpretación abstracta, lo mismo que en la B de la primera lámina y en la 2.a de la 3.a, el valor de la línea o eje medio está bien ostensible; a ella convergen también la FbF de la 3.a lámina y aún las de la 9.a y 10.a. Entendemos que tal coincidencia no es fortuita, sino que revela una suma de sentimientos de complejo, "se anudan los lazos de contradicciones y se mezcla la fuerte representación afectiva (FbF) con la coartación y represión afectivas". Otro dato más para expresar el sentimiento de falta de sostén y de vacío en que vive y ha vivido el sujeto, que nunca encontró en sus padres sino el maltrato y la flagelación.

En síntesis, las representaciones abstractas aluden a lo intensamente deseado, saturado de los más profundos afectos. La actitud del individuo, frente a ellas, es pasivo; lo inconsciente busca en ello un apoyo y lo siente como un verdadero centro mágico. Esta clave indica hasta qué hondura han penetrado, a nuestro entender, esas apetencias por el bien ajeno, sin las cuales el sujeto no entendería la razón de ser de su vida.

Correlación.—La fórmula de correlación que resumiría el presente caso sería: Fb>B; F% y T% elevado (sumadas las T, Td, M y Anat); es decir, individuo activo, liberal, hábil pero **estereotipado**; lógico, bueno, pero poco flexible pragmático.

Resumen.

Psicograma formal: Se trata de un individuo extratensivo, próximo al coartativo, con una buena función lógica, activo, liberal, hábil, estereotipado (poco flexible pragmático). Motilidad excitable y afectividad no equilibrada ni adaptada. Reprimido: fondo neurótico (queda fijado al color), muy cerca de la constitución histérica o acaso dentro de ella. Capacidad intelectual: inteligencia regular, pensa-

miento original y concreto, más bien inductivo y en cierta forma constructivo, buena capacidad de percepción, gran fantasía combinatoria. Afectividad algo angustiosa y prudentemente ponderada, con sentimiento de inferioridad interior y petulancia externa. Aunque trata de ocultarla, se marca la apetencia por lo ajeno que, hasta cierto punto, excita el egotismo y desempeña la función de un centro mágico. Reducida capacidad de participación en el modo de comprender de la colectividad.

Los contenidos.—Actitud inconsciente pasiva. Su inclinación a lo ajeno es una fuerza sustentadora que interiormente satisface el sentimiento de vacío e inferioridad. Y como las formas abstractas son el deseo que quiere ser vivido, se puede ver cuán honda es su inclinación delictuosa que lo ha convertido en un reincidente del robo. La mayor parte de las B nos indican actividad, componente sádico de la libido, y también pasividad y sujeción en relación con los componentes sádico-masoquistas de la misma.

Las respuestas de color (FbF) afirman la afectividad impulsiva, el egocentrismo y la sugestibilidad, perfectamente comprensibles en este extratensivo con tendencias coartativas.

Las F (Fb) ponen de manifiesto, como lo afirma Bastamante, la falta de satisfacción psicosexual, una regulación forzada de la vivencia, con sentimientos de angustia y sumisión.

Por fin, también el choque cromático confirma la represión afectiva y el fondo neurótico, con dominación constante del afecto.

Conclusiones criminológicas.

Delincuente habitual estereotipado. Buena capacidad lógica y potencia constructiva para la elaboración de sus planes. Motilidad lábil, viva, destreza. Afectividad inadaptada que lo pone en camino de realizar, cada vez con mayor facilidad, delitos de mayor significación y gravedad; por consiguiente, muy peligroso. Con escasa capacidad para adaptarse al modo de comprender la colectividad.

Complejos reprimidos que no alcanza a disimular con sus petulancias. Siente el delito como un refugio, una fuerza de atracción y una necesidad.

Bibliografía.

Vallejo Nájera.—"Propedéutica Clínica Psiquiátrica". Madrid, 1936.

Chleusebairgue A.—"Orientación Profesional". T. II. Págs. 104 y sgts. Barcelona, 1936.

Mira E.—"Tratado de Psiquiatría". Barcelona, 1935.

Salas J.—"La clasificación de las respuestas en el Psicodiagnóstico de Rorschach. Arch. de Neurobiol. Enero, 1933. Págs. 45-80.

Salas J.—"Análisis de Psicodiagnóstico de Rorschach en un caso de esquizofrenia". Arch. de Neurobiol. Págs. 167-174.

Rorschach-Oberholzer.—"Valor del experimento de interpretación de formas para la Psicoanálisis". Rev. de Psiquiatr. y disc. conexas. Lima. Vol V. N.º 4. Págs. 293-338.

Bustamante M.—"Historiales clínicos de neurosis obsesiva". Arch. de Neurobiol. N.os 5 y 6 del T. XIV. 1934.

Juarros C.—"El método de Rorschach y sus nuevas aplicaciones". Rev. de Crim. Psiq. y Med. Leg. Buenos Aires, Julio de 1935.

Skalvert.—"El psicodiagnóstico de Rorschach y la esquizofrenia". Arch. de Neurobiol. N.º 2. 1934. (Nota bibliográfica de M. Bustamante).

Dr. José Cruz C.

De Quito (Ecuador)

La infancia desvalida y delincuente en el Ecuador

A manera de prólogo

Casi todos los países han puesto especial empeño en resolver el difícil problema de la infancia desvalida y delincuente, puesto que han sentido conmoverse sus espíritus ante el mismo cuadro de desolación y de miseria que sólo ha cambiado de tonalidades para cada uno de ellos. Por esto, la protección a la infancia ha sido una noble preocupación de todas las naciones en estos últimos tiempos; cada año han aumentado sus partidas presupuestarias, tomando en cuenta que del apoyo que se le preste al niño depende mucho el porvenir fructífero del país.

Congresos médicos y pedagógicos le conceden nuevos derechos, abren nuevas rutas para mejorar el futuro del niño. Miles de folletos y revistas circulan por el mundo anunciando una nueva era.

Esta ola reivindicatoria ha llegado hasta nosotros despertando acariciados anhelos y viejos entusiasmos que nacieron al codearnos con la miseria y el dolor y al calor de la palabra convincente y animadora de una cátedra.

Y el trabajo que sigue es producto de este sentimiento y sería un halago para el autor si sirve para mejorar el triste porvenir de nuestro niño desamparado y delincuente.

Algunos datos estadísticos sobre la delincuencia.—

Es abrumador el número de niños delincuentes y que se encuentran en peligro moral. Como no me ha sido posi-

ble presentar una estadística general —ya que no se llevan en las demás provincias—, debo siquiera anotar la que ha sido enviada de la Provincia del Guayas, que, como se notará, no está sujeta a una clasificación técnica.

Menores detenidos durante el año 1935 por las siguientes infracciones:

Por ladrones y rateros	630
Por varias infracciones	326
Por vagos	211
Por sospechosos	104
Por faltamiento	89
Por pendencia y escándalo	69
Por contravenciones de tráfico	68
Por jugar dinero en la vía pública	51
Con boleta de captura	82
Por cometer actos amorales	46
Por maltratos	27
Por heridas	25
Por andar prófugos del hogar	35
Por embriaguez	23
Por rapto y violación	5
Por embriaguez y escándalo (meretrices)	93
Por andar extraviados	4
Por intento de violación	3
Por falsificadores	2
Por estar sindicados de homicidio	2
Por estafa	1
Por sodomía	1
Por tentativa de suicidio	1
Suman	1.844

Como se ve, esta cantidad es bastante excesiva y alarmante para una sola provincia, a pesar de que ella no representa el número total.

A la Escuela del Trabajo, que funciona en la capital de la República, han ingresado, desde su fundación (1927) hasta la fecha en que escribo este trabajo, la cantidad de 787 menores, entre inadaptados y rateros.

La Escuela funciona ordinariamente con cien alumnos y tiene que rechazar durante todo el año solicitudes de ingreso de las Jefaturas de Policía y de los padres de familia.

Por esto, el Gobierno actual, con una visión amplia del problema, ha fundado dos Colonias Agrícolas, una Casa de Menores y una Escuela-Hogar. Estas instituciones han sido

llenadas con suma facilidad y todavía son insuficientes, dado el número excesivo de menores que necesitan de un tratamiento reeducativo.

Pero aunque estos datos estadísticos no sean muy elocuentes, por lo menos, nos dan una idea de la dolorosa realidad que nos abruma y justifica el clamor público por el avance de la delincuencia.

CAUSAS DE LA DELINCUENCIA INFANTIL

Estudio médico-social.—Una consecuencia natural de las conmociones políticas, las revoluciones y las guerras es el peligroso aumento de la delincuencia infantil. Datos estadísticos comprueban este aserto después de la guerra de los cuatro años. Y la civilización, con todos sus progresos, no ha podido aún desterrar la guerra. A pesar de los esfuerzos del mundo por respaldar la paz mediante la organización de entidades protectoras (Liga de las Naciones), siguen algunos pueblos actuando con su espíritu egoísta, como que parece que se hubieran despertado en ellos los instintos de ferocidad de las edades primitivas. Y no ha servido de lección la guerra de 1914 con todas sus terribles consecuencias. Siguen aún los gobernantes adoptando actitudes histéricas, dirigiendo las corrientes humanas hacia la inmoralidad, la destrucción y la muerte. Y la culpa tampoco es de ellos, porque se educaron en el mismo medio de agitación, en el mismo medio de exaltación, sufriendo fuertes traumas emotivos. Y si sigue el mismo medio y si sigue la misma educación, ya podemos vaticinar el porvenir de la humanidad, porque comprobado está que la fuerte exaltación patriótica, esa verdadera locura de las multitudes, le predispone al germen embrionario para que evolucione hacia la anormalidad; por otra parte, la vida de las trincheras, el alcoholismo, la masturbación, la sífilis, la insolación, etc., son causas más que suficientes para que el organismo de los padres se altere y sus hijos vengan al mundo con estigmas de degeneración.

Varios alienistas han comprobado que los niños engendrados en tiempo de revoluciones y de guerras sufren el contragolpe de emociones violentas sufridas por sus padres y se convierten en verdaderos psicópatas.

El doctor Pablo Arturo Suárez en su obra "Contribución al estudio de las realidades entre las clases obreras y campesinas en el Ecuador" dice: "La historia ha anotado los hechos, pero el psicólogo pudo haber encontrado la explicación de esas ráfagas de locura humana que se han sucedido tras de los grandes acontecimientos que indudable-

mente influyeron en la génesis de los organismos, y, por tanto, en la elaboración del temperamento, de la personalidad.

La guerra, el hambre, las enfermedades que asolaban otrora países enteros, sacrificando seres por millones (peste, cólera) y que ahora casi ya se han extinguido gracias a los progresos de la higiene, han dejado tras de sí épocas de anormalidad.

Hoy estamos, quizá, sufriendo las consecuencias de la gran guerra de 1914.

De lo expuesto se deduce la decisiva orientación que debió haber impuesto en los organismos, tanto bajo el punto de vista somático como psíquico, un ambiente físico de vida tan destructivo y desconcertante".

Libros, periódicos, revistas, conferencias, denuncian al mundo el avance de la delincuencia infantil, y alarmados, muchas veces, por la forma y medios con que realizó el hecho el delincuente precoz, han clamado por la pena de muerte como el mejor medio de represión y de profilaxis de la inmoralidad, de la degeneración y de la delincuencia (*).

Pero no ha habido, sin embargo, la preocupación de escarbar siquiera el terreno doloroso de donde surge esa niñez delincuente, de codearse con la miseria y la pobleza, de estudiar las causas determinantes de estos actos antisociales.

Recorramos las calles de Quito y un desfile sucesivo de cuadros pasará ante nuestra vista: niños abandonados que, exhibiendo su miseria orgánica y su deficiencia mental, deambulan por las calles mendigando o vendiendo diarios y loterías; niños que trabajan desde su tierna edad para llevar el alimento a su madre enferma, o satisfacer el vicio del padre alcoholizado; niños sin hogar que duermen en las plazas públicas. Contémplese y medítese sobre estos aspectos y no se justificará el aislamiento y la repulsión de que es víctima nuestro niño delincuente.

Este aspecto social del problema y el alcoholismo, la tuberculosis, las disfunciones endocrinas, la sífilis, la mala alimentación, la vivienda antihigiénica, etc., no sólo contribuyen al aumento de la delincuencia, sino que están agostando las vidas, especialmente de la clase pobre.

El Alcoholismo es, según mi concepto, el factor más

(*) El asesinato cometido por Justo Silva a los 16 años de edad en la persona del señor Pachano, dió origen a una campaña y expresión de ideas semejantes; y el jurado le condenó a 16 años de presidio en la Penitenciaría, donde se educó en el crimen en contacto con los delincuentes adultos y volvió a cometer otro asesinato poco tiempo después de cumplida su primera condena.

temible, porque, además de producir descendientes tarados, desorganiza los hogares, llevando la miseria, el vicio y la corrupción.

Como dato nuestro, es interesante anotar el promedio de consumo de chichas y guarapos en la ciudad de Quito, sacado por el doctor César Jácome, médico municipal.

Dice: "El consumo anual, por cráneo, aproximadamente sería de 122 litros, con 26 centésimos de litro, con un costo aproximado de S/. 12.22. Si calculamos, lo que tal vez es más real, la cantidad de obreros que consumen estos productos en la mitad, es decir en 5.000, el consumo anual por cráneo sería de 242.52 litros, con un costo aproximado de S/. 24.44 anuales.

Pero hemos observado que estas bebidas, a más de un sinnúmero de impurezas, provocan en una cantidad relativamente pequeña los síntomas del alcoholismo agudo, o tal vez mejor, los de una intoxicación aguda. Podemos calcular el máximum de 2 litros, que, ingeridos, provocarían esta intoxicación; lo que quiere decir que estos 5.000 bebedores se intoxican 122 días al año, más o menos, de los 365 días, es decir, la tercera parte justa del año, en que pierden su trabajo sin ganar nada, degenerándose y gastando una parte de lo que han ganado en las otras dos terceras partes (suponiendo una borrachera diaria)".

Estos números hablan elocuentemente de lo arraigado que está el vicio en nuestra gente obrera.

Observando la gráfica correspondiente notaremos que la mayor parte de los niños estudiados han tenido padres alcohólicos, y voy a hacer un breve resumen de la historia biográfica de uno de ellos para demostrar la forma en que ha sido obligado el niño por las circunstancias a cometer actos antisociales.

C. O., nacido en Ríobamba, de 13 años de edad, ingresa al Plantel por fugas repetidas del hogar y robos de consideración cometidos en su casa.

Antecedentes familiares.—El padre, zapatero, sumamente alcohólico, bebe dos y hasta tres días a la semana. De los S/. 60,00 que gana por mes —término medio— invierte sólo 12 sucres mensuales en la alimentación y, muchas veces, ni esta cantidad cuando se sobrepasa en el gasto de la bebida. Ha sido condenado a prisión por una sola vez. La causa se desconoce. En el hogar es un tirano: maltrata a su esposa y a sus hijos, sobre todo cuando está ebrio.

La madre también ha sido alcohólica y se emborracha con su esposo. Murió al poco tiempo del ingreso del menor al Plantel y, según la expresión de su abuelita, ahogada por el alcohol. Sufría de epilepsia y era de constitución débil.

Medio ambiente.—El hogar sufre de miseria económica; no hay control de los padres sobre el niño; al contrario, domina el mal ejemplo. Vivienda antihigiénica.

Antecedentes personales.—Al nacer, su padre tenía 27 años y su madre 22. Le salieron los dientes a los 8 meses; empezó a hablar y a caminar a los 15 meses. Fué alimentado al seno. No tuvo enfermedades de importancia, pero su constitución ha sido débil. Asistió a la escuela desde los seis años, pero con mucha irregularidad y no ha podido pasar del segundo grado.

Muchas veces coincidió que los padres se emborrachaban juntos durante dos o tres días y el niño se quedaba sin alimentación. Por esta causa empezó a vender algunos objetos de su casa y para no ser sancionado se fugó por dos ocasiones, yendo esta última donde su abuelita, que vive en Quito, quien solicitó su ingreso al Establecimiento.

Son hechos palpables que demuestran que el alcohol es el corruptor de la sociedad, el determinante de muchos actos criminosos. Y pensar que el Estado es el que usufructúa con este vicio, es doloroso, y en mi concepto no se beneficia económicamente porque la mayor parte de las entradas que percibe con este objeto tiene que desembolsarlas en atender a las irregularidades sociales que produce el alcohol.

El alcohol lleva hombres, mujeres y niños, por millares, a los hospitales, manicomios, presidios y casas de reeducación, y a todo esto tiene que atender el Estado con un fuerte desembolso. No se trata sino de un círculo vicioso y mientras tanto coadyuva indirectamente al fomento del crimen y a la degeneración de la raza.

Las disfunciones endocrinas.—Está perfectamente demostrada la influencia que tiene la endocrinología en la constitución somato-psíquica del individuo y en particular en el campo delictivo. Hasta aquí son numerosos los estudios llevados a cabo y tengo el gusto de indicar a continuación un resumen de las observaciones de los criminólogos respecto de algunos tipos de delincuentes:

Hipertiroidismo.—Criminales impulsivos, emocionales, pasionales, de ocasión, desertores, incendiarios, estafadores.

Hipotiroidismo.—Diversos crímenes originados por su incapacidad para someterse a los imperativos sociales.

Hipersuprarrenálico.—Delitos emocionales, delincuentes natos.

Hiposuprarrenálico.—Tendencia al robo, delincuentes amorales, tendencia al suicidio.

Hipogenital.—Delincuentes natos.

Hipergenital.—Delitos sexuales, ladrones, estafadores,

falsarios, homicidas, delitos pasionales, adulterios, corrupciones de menores.

Hipopituitario.—Adolescentes amorales, delitos contra la propiedad, tendencia al suicidio.

Hiperpituitario.—Criminales natos.

Hipotímicos.—Crímenes de sangre.

Hipertímicos.—Tendencia al robo, delitos amorales.

Dentro de la delincuencia infantil, son también concluyentes las investigaciones. (*)

El americano Timme, del Neurological Institute, ha señalado el eficaz resultado obtenido en jóvenes delincuentes al tratar adecuadamente las glándulas hipofisaria y pineal. Ha estudiado también casos de tendencia al robo como resultados de anomalías del timo, pituitaria y suprarrenal.

Di Tullio considera que el problema de la juventud delincuente debe estudiarse y tratarse bajo las normas que nos da la biotipología: por lo que defiende la implantación en los establecimientos correccionales de menores, de un moderno servicio médico, orientado en los principios de aquella ciencia.

Steinach y Lichtensten citan la curación lograda en un homosexual mediante injertos de testículo ectópico.

Jiménez de Azúa refiere el caso de Arnold Anderson, de Brooklyn, que ultimó a un comerciante. El criminal, hijo de personas de buena posición económica y sin taras hereditarias, había mostrado tendencias al robo desde los cuatro años: a los doce, en un correccional, fué examinado por el Dr. Schlapp, el que explicó su conducta por anomalías de las secreciones glandulares y aconsejó su curación en este sentido a fin de evitar que el muchacho cometiera al final algún hecho de sangre. Su consejo no fué realizado y se cumplieron —como se ve— sus previsiones.

Lyons Hunt estudió casos de muchachos delincuentes que tenían hipoplasia genital. Basándose en que el timo tiene relación con los crímenes de violencia, es su opinión que se trate a los hipertímicos con un tratamiento médico. Relata también el caso de una joven que, debido a perturbaciones suprarrenales, abandonó a su familia, entregándose a actos de corrupción.

Berman, por su parte, informa que en un examen practicado por orden de un Tribunal de Pitsburg, se halló hipertiroidismo en un 90 por ciento de jóvenes delincuentes.

Enzo Conti expresa que el hábito linfático y alteraciones de la pituitaria y tiroides se presentan en los menores delincuentes.

(*) Datos de un artículo de Verón.

RESUMEN GENERAL DE LA CIUDAD DE QUITO

TRABAJO ESTADISTICO DOMICILIARIO Y FAMILIAR EN COLABORACION CON LA «DIRECCION DE HIGIENE MUNICIPAL»

NUMERO DE CALLES Y CIUDADES 249

Total de casas	Número de familias	Total de habitantes	Extranjeros	NUMERO DE HIJOS MUERTOS: 1 mes	1 año	1-2 años	2-7 años	7-15 años	15-20 años	Más de 20	NACIDOS MUERTOS: Abortos	A término	Total de habitac.	PROMEDIO DE HABITACIONES POR FAMILIA: En 1	En 2	En 3	En 4	En 5	En 6	En 8	En 10	Cocinas	Familias sin cocin.	Familias que comen fuera del domicilio
6.949	21.282	101.668		8.369	6.551	3.852	3.444	1.028	524	624	3.896	1.108	56.741	12.851	2.881	1.500	981	712	656	766	935	10.785	8.770	1.727
				28,4%	22,3%	13,1%	11,7%	3,4%	1,7%	2,1%	13,2%	4,1%		60,1%	13,6%	7,1%	4,7%	3,4%	3,1%	3,6%	4,4%	50,7%	41,2%	8,1%

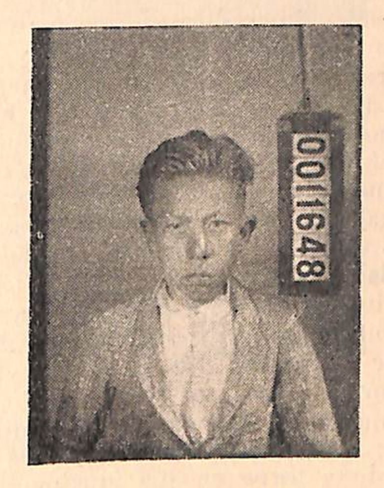
N.º de habitaciones sin vent.	Habitaciones con Revestim. completo	Revestim. incomplet.	Tiendas	Llaves de agua	W. C.	Baños	OCUPACIONES: Empleados públicos	Empleados particulares	Obreros Fáb. Ind.	Obreros de taller	Jornaleros	Trabajadores autónomos	Dueños de taller	Sirvientes	Desocupados	PROMEDIO MENSUAL DE INGRESOS POR FAMILIA: Hasta $ 30.—	Hasta $ 60.—	Hasta $ 100	Hasta $ 150	Hasta $ 200	Hasta $ 250	Hasta $ 300	Más de $ 300
10.405	6.283	21.111	5.202	13.020	7.260	3.197	5.893	3.025	1.151	3.555	3.678	8.133	1.085	7.464	794	2.053	4.261	4.606	2.447	1.354	696	528	2.704
30,8%	22,9%	77,1%	7,6%				16,6%	8,5%	4,6%	10%	10,4%	23,5%	3.1%	21,1%	2,2%	11%	22,7%	24,06	13,2%	7,3%	3,8%	2,9%	14,5%

EDADES DE LOS VIVIENTES: De 1 a 15 años	De 15 a 30 años	De 30 a 50 años	De 50 a 70 años	De más de 70 años	PROMEDIO DE ARRENDAMIENTOS POR MES: De 1-3 sucres	De 3-5 sucres	De 5-10 sucres	De 10-15 sucres	De 15-20 sucres	De 20-30 sucres	De 30-50 sucres	Más de $ 50	PROMEDIO DIARIO DEL COSTO DE ALIMENTACION: De 1 sucre	De $ 1 - 2	De $ 2 - 3	De $ 3 - 5	De $ 5 - 8	De $ 8-10	De $ 10-15	Más de 15 sucres	INSTRUCCION: Cuantos leen y escriben	Analfabetos
34.842					1.233	1.797	3.386	1.876	1.179	1.215	1.010	1.528	4.512	5.798	3.005	2.380	1.258	579	260	191	83,3%	16,7%
30,8%	33,1%	23,9%	7,5%	1,3%	9,5%	13,8%	27%	14,4%	8,3%	9,3%	7,8%	9,9%	25%	32,2%	16,6%	13,3%	7%	3,3%	1,5%	1,1%		

Ladogna Cassone dice que los adolescentes hipopituitarios tienden a las perversiones morales y al hurto. Y Pende, en fin, considera necesario el examen endocrino de los criminales jóvenes y aun de los que se hallan en las fronteras del delito, sin haber propiamente delinquido.

Sara Geiger obtuvo felices resultados administrando extractos glandulares de pituitaria y tiroides a 20 niños que adolecían de anomalías psíquicas con mala conducta e inquietud extrema.

Por mi parte, he encontrado en la Escuela del Trabajo dos casos típicos de disfunción endocrina acompañada de estigmas degenerativos.



Alfonso A.

Historia de Alfonso A., nacido en Quito; ingresa el 11 de Enero de 1934 por haber efectuado robos de alimentos y de dinero.

Antecedentes familiares.—Su padre murió hace 14 años con fiebre tifoidea; trabajaba como mecánico; era de carácter bondadoso y de instrucción buena. Entre la familia del padre existe un pariente que sufre de ataques epilépticos y otro de parálisis. Su madre tiene cincuenta y ocho años de edad, se ocupa en quehaceres domésticos, tiene instrucción buena. A los 16 años sufrió de una pirexia que le duró 20 días y le llevó a un estado de inconsciencia y de delirio. Después ha sufrido de cólicos hepáticos. Menstruó a los 13 años y le llegó la menopausia a los 48. Ha sufrido de cefaleas continuas; tiene tres hijos.

Condiciones del hogar.—Siempre han existido buenas relaciones en el matrimonio a pesar de que no tenían recursos económicos suficientes para tener una buena alimentación, llegando muchas veces al extremo de quedarse en ayunas. Habitan en un cuarto pequeño y húmedo y que les sirve al mismo tiempo de sala de recibo, de dormitorio y de cocina.

Antecedentes del menor.—Durante el embarazo sufrió mucho por falta de alimentos; a los ocho meses tuvo una caída fuerte con amenaza de un parto prematuro; por último, ha tenido que dedicarse al trabajo durante todo el tiempo de preñez. Fué atendida por una comadrona, el parto fué prolongado y fuerte; el niño nació asfixiado y con deformaciones en el tórax. Tuvo alimentación materna hasta los 10 meses. Empezó a hablar a los 18 meses y a caminar a los dos años. Sufrió de ataques convulsivos por tres ocasiones y con pérdida del conocimiento. Además, ha sufrido de sarampión y de una enfermedad infecciosa que le duró quince días. Tiene cefaleas continuas. En su infancia siempre ha sido retraído; no es cariñoso con los padres ni con las hermanas; se irrita y llora continuamente. Vive aislado de los demás y siempre ha sido de constitución débil y enfermiza.

Examen físico.—El examen físico indica algunos estigmas degenerativos. La frente es algo olímpica y las protuberancias occipitales muy pronunciadas. Llama la atención la asimetría de su rostro. Su estatura es de 1,33 metros. Tiene tórax ancho y con una deformación esternal que le da el aspecto quilla; el abdomen es voluminoso; las manos anchas y frías; los tobillos son grandes; las cejas poco pobladas. Es lento y torpe en sus funciones, de inteligencia poco desarrollada (imbécil), tiroides poco visible el metabolismo basal indica un hipotiroidismo. El tratamiento opoterápico dió buenos resultados con este menor, al extremo de que la madre se sorprendió al ver después de pocos meses el cambio notable de su estado orgánico y psíquico.

Historia de Augusto C. Este menor fué enviado por la policía de Quito por haber cometido algunos robos de consideración. No se saben ni los antecedentes familiares ni los personales. La insuficiencia mental del menor tampoco le permite dar indicaciones al respecto.

Examen físico.—Se trata de un niño que tiene también estigmas degenerativos. Es un niño grueso, rechoncho, parece hinchado; su cabello es también grueso y poco abundante; los ojos pequeños, hundidos y de poca expresión; su cara es ancha y redondeada, con prognatismo del maxilar superior; el paladar es algo ojival y sus labios gruesos; el cuello es corto, apenas se toca la glándula tiroides; las ex-

tremidades cortas, las manos anchas y como hinchadas; el abdomen globuloso; los órganos genitales sumamente pequeños. Es también lento y torpe como el anterior y de inteligencia deficiente; tiene afición por la música y por los trabajos que no exigen esfuerzo intelectual. Es el burro de carga de compañeros de curso, pues descansan en él todas sus obligaciones, como aseo del dormitorio, de la clase, etcétera.



Augusto

El metabolismo basal indica también hipotiroidismo Durante su permanencia en el Plantel sufrió de ataques epilépticos repetidos. En este caso el tratamiento opoterápico no dió resultado, consiguiendo más bien un pequeño éxito con el tratamiento específico.

Estoy seguro de que he de encontrar otros casos parecidos en mis observaciones posteriores, pues en gran parte de la sierra existe el bocio endémico. El doctor Pablo Arturo Suárez ha constatado en varias aldeas y caseríos de la Provincia de Pichincha del 15 al 35 por ciento de cretinos bociosos y paralíticos. El doctor Julio E. Paredes ha encontrado en algunas poblaciones de las provincias de Pichincha y de Imbadura un promedio de 70 por ciento entre bociosos y retardados y hasta el ciento por ciento en algunas Escuelas de estos lugares.

La sífilis es otro factor importante en la esfera criminal Etienne Martin, en 1913, hizo notar que el número de niños heredo-sifilíticos constituía el cincuenta por ciento de la población de las Escuelas Correccionales.

En el Ecuador no hay todavía una estadística que nos

indique con precisión su influencia morbosa, pero tengo el agrado de consignar el siguiente dato, que he podido recoger en la Dirección de Sanidad de Quito: Desde 1938 hasta el año de 1935 inclusive, han sido atendidos quinientos noventa y dos hombres sifilíticos.

Obsérvese la gráfica correspondiente y se encontrará la influencia de este factor entre los niños estudiados; pero creo que el número no corresponde a la realidad, pues hubiera sido mayor al no encontrar dificultades en efectuar exámenes de laboratorio especialmente entre los que han sufrido de enfermedades nerviosas.

La mala alimentación y la vivienda antihigiénica desvían la constitución psicofísica del niño, ya alterando el organismo en general o determinando una disfunción endocrina.

El cuadro que adjunto y que es un valioso estudio del doctor Pablo A. Suárez, indica con cifras precisas una visión conjunta del alojamiento y de la alimentación en la ciudad de Quito.

En dicho cuadro, como se puede observar, se encuentra que el sesenta por ciento de familias se alojan en una sola pieza, en veintiún por ciento sin revestimientos, en un treinta por ciento sin ventilación y sin uso suficientes y ampliamente libres de agua y de servicios higiénicos. El cincuenta y dos por ciento de las familias, esto es, una gran mayoría, se alimenta con lo poco que se puede adquirir hoy por un sucre o dos sucres diarios; y el promedio de una familia es de cinco personas; por tanto, pueden disfrutar de una alimentación que cuenta de veinte a cuarenta centavos por persona y por día y se reduce a: una colada de media libra de harina y treinta gramos de carne y cinco centavos de panela en el primer caso, o, en el segundo caso: una colada de media libra de harina, media libra de papas, cien gramos de carne, cien gramos de leche y diez centavos de panela. (Dr. Suárez.)

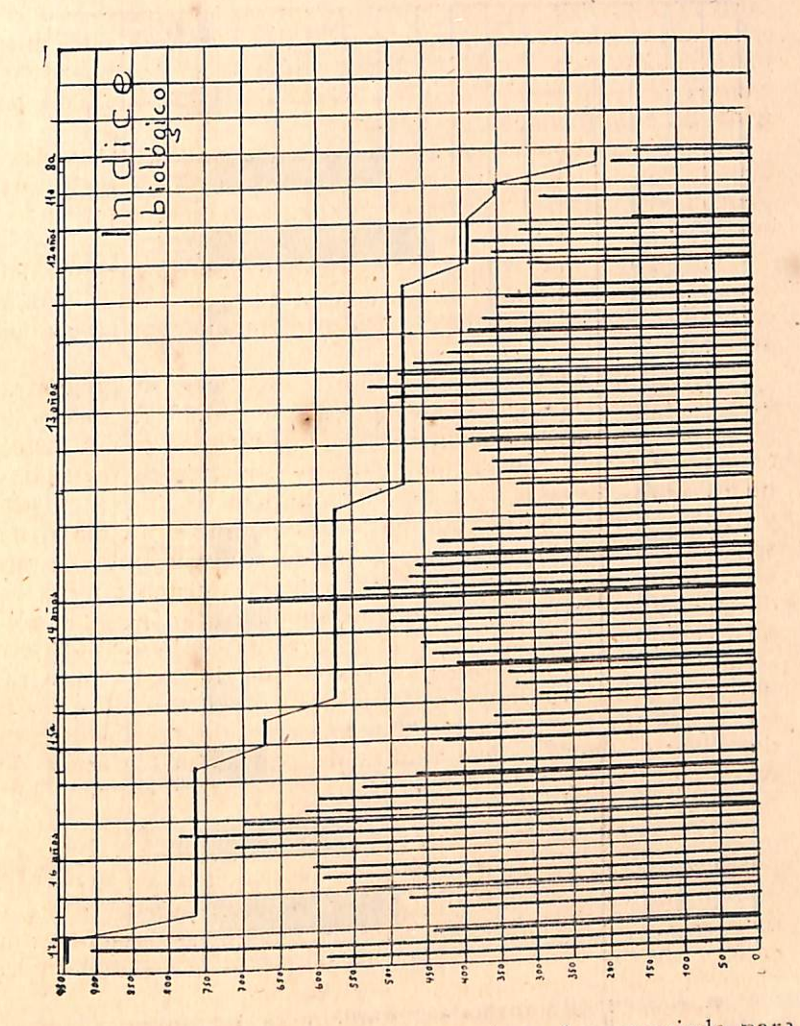
Teniendo por delante esta terrible realidad, ¿cómo es posible evitar el crimen y los actos antisociales en general?

Es lógico y natural que en estas circunstancias las tendencias e inclinaciones que trae el nuevo ser encuentren cauces abiertos para que siga aumentando la ya impetuosa corriente de la inmoralidad y del crimen.

Respecto de las demás condiciones del hogar, tenemos que admitir que la orfandad, la ilegitimidad, el maltrato, el mal ejemplo y la falta de control son sucesivamente las causas que han influído para que los menores se desvíen.

He encontrado niños sin padre ni madre, o sólo con uno de ellos. La historia de estos niños indica que no ha habido

control en su hogar porque uno de los padres que vive ha tenido que atender a su trabajo. Sin autoridad en el hogar, sin el aliciente de las caricias paternas y maternas que atrae al niño a su casa, ha huído de ella y ha encontrado en la calle motivos suficientes de distracción; en ésta se ha puesto en contacto con malos amigos que primero le han indu-

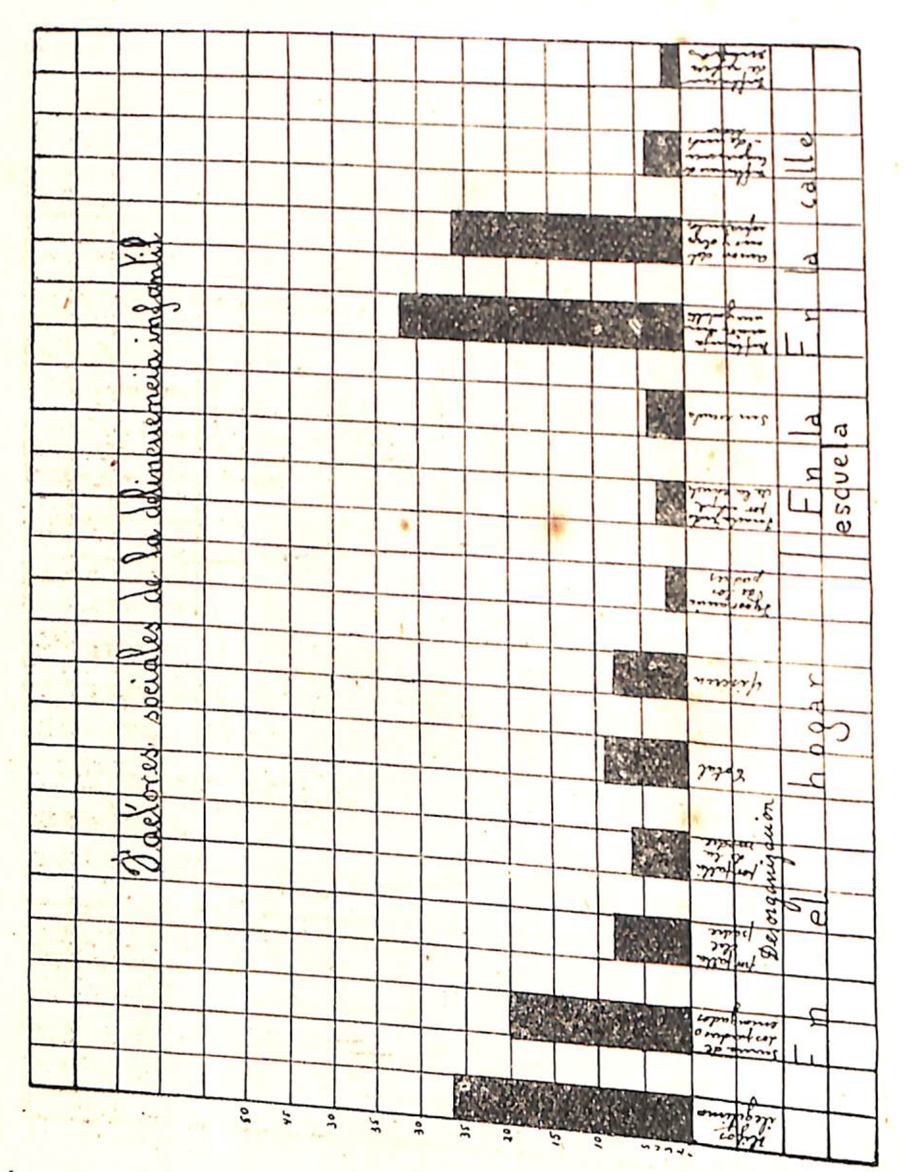


cido a que robe en su casa y después se han asociado para robar en la calle.

La ilegitimidad ha ocasionado, en la misma forma que en la anterior, la declinación hacia el vicio, pues, por lo regular, el hijo ilegítimo ha quedado sólo bajo la protección

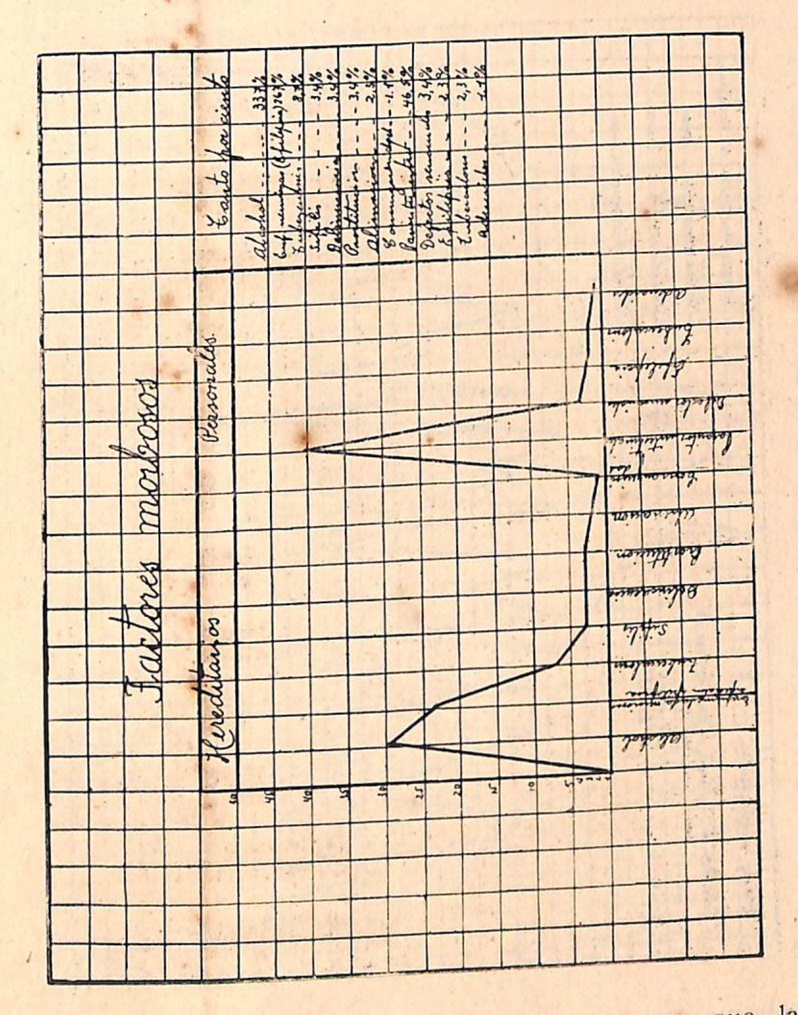
de la madre, que no ha sido capaz, por sí sola, de atender a su trabajo y de mantener la autoridad y el control sobre el niño.

Otras veces ha sido el mal ejemplo de sus padres. Los niños me han referido que sus padres les ordenaban que



robaran so pena de fuertes castigos y de quedarse sin alimentación. Una madre que ejercía la prostitución procuraba embriagar a sus clientes y luego mandaba a su hijo que les registrara los bolsillos. También he encontrado que el maltrato en el hogar ha determinado la desviación del niño. Generalmente, han sido hogares con padrastro o ma-

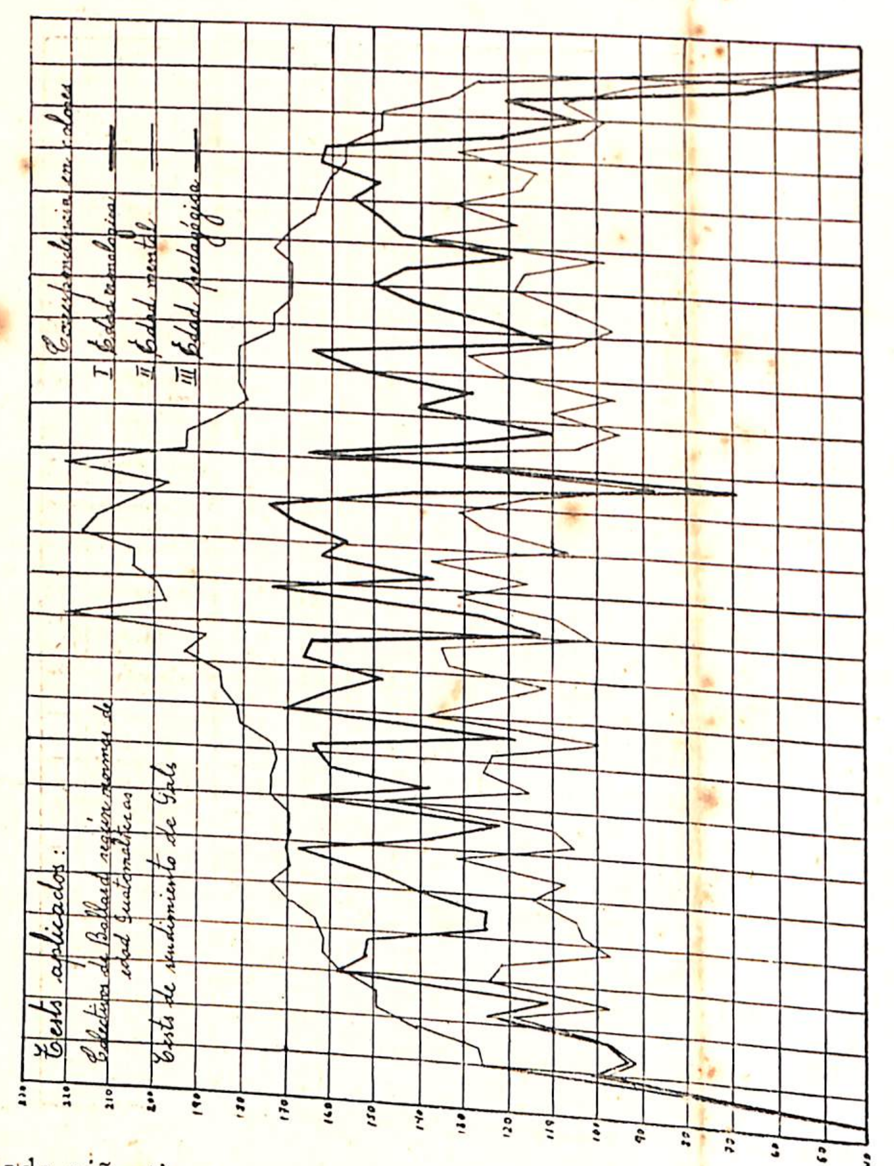
drastra, que, no sintiendo cariño por un hijo que no es suyo, han tratado de hostilizarle, prefiriendo, por esto, el niño permanecer el menor tiempo posible en la casa y vivir en la calle, donde ha encontrado la verdadera escuela de la delincuencia.



Respecto de las condiciones orgánicas, vemos que la mayor parte sufren de debilidad orgánica. (Obsérvese la gráfica del índice biológico para trabajar, la cual he tomado como base del cuociente vital), y otra buena parte también de parasitosis intestinal, predominando la ascaridiosis. Am-

bos son factores que se les debe tomar muy en cuenta en el asunto que tratamos.

Quiero terminar esta parte indicando que los determinantes de la delincuencia, según he tenido ocasión de observar, son varios y se hace difícil acusar a tal o cual factor.



Cada niño tiene un asocio de factores morbosos y cada cual más importante, que se hace necesario conocerlos a fondo para aplicar la terapéutica médico-pedagógica.

CUADRO ANTROPOMETRICO

N.º 1

NOMBRES	Edad	Raza	Estatura total	Estatura sentado	Peso en kilos	Espirometría	Dinamometría	CRANEO				CARA			
								Circunsf. horizontal	Diámetro savital	Diámetro frontal	Diámetro vertical	Altura	Anchura	Largo nariz	Ancho nariz
J. Merizalde	17	M	1540	820	45	3100	60	55	181	145	200	72-45	125	46	35
V. Viteri	16	B	1440	755	34	1700	34	51	175	147	187	61-43	121	34	32
B. Arroyo	14	M	1503	804	39	2200	47	53	180	151	187	64-35	116	43	30
S. Ureña	17	M	1585	815	40	2300	42	53	184	142	183	76-40	124	46	34
E. Estrella	16	M	1555	—	41	2200	38	55	184	141	179	74-37	122	44	39
C. Bejarano	16	M	1460	765	36	2500	36	53	176	148	196	76-46	125	46	32
J. Guzmán	16	M	1517	775	36	2500	40	53	179	143	175	74-41	123	46	34
C. Coloma	13	M	1365	730	30	2200	30	53	185	140	184	60-33	118	42	27
M. Coloma	16	M	1490	755	39	2300	50	54	186	141	187	64-42	120	41	23
A. Alvear	12	B	1320	670	—	—	—	52	180	135	175	61-32	112	37	28
V. Alvarez	15	M	1456	770	35	2000	31	52	181	133	186	66-41	114	44	34
R. Carrera	13	M	1390	745	27	1900	23	53	182	134	183	68-41	119	44	27
E. Rodríguez	16	M	1465	—	43	2400	41	55	185	145	195	79-51	127	48	43
J. Rojas	16	B	1468	774	41	2800	25	52	179	143	183	67-38	128	45	31
W. Pico	14	M	1366	770	32	2000	31	52	176	145	166	62-40	125	41	28
J. Cruz	16	M	1555	800	37	2500	36	52	175	147	187	71-41	123	46	33
R. Espinoza	16	M	1573	825	40	3000	52	52	174	144	190	68-38	117	45	32
C. Tenorio	17	N	1540	750	34	1900	24	52	177	123	182	70-39	112	38	43
L. Eguiguren	16	M	1514	765	36	2000	54	52	174	143	173	58-42	119	46	34
G. Cabezas	13	M	1250	640	25	1700	22	51	175	141	171	59-38	104	40	28
C. Orozco	13	B	1336	720	27	2000	24	51	173	147	173	57-43	118	39	33
V. Gallegos	14	B	1470	745	30	2000	30	53	181	142	166	60-39	110	41	27
J. Tobar	12	M	1253	—	26	1800	17	51	173	144	175	68-46	112	41	34
G. Germán	14	M	1326	700	27	2100	32	53	181	153	180	66-39	117	36	27
E. Jaramillo	14	M	1485	800	36	2200	32	53	180	151	189	70-40	126	46	32
T. Ruiz	14	M	1421	758	32	2100	22	52	176	146	186	66-44	120	40	34
C. Villamar	15	M	1383	700	28	2000	34	51	176	146	185	69-36	109	44	31
G. Chiriboga	15	M	1456	770	30	1700	37	52	180	144	177	70-43	110	42	28
C. Gutiérrez	13	M	1310	650	26	1500	20	52	176	152	184	62-38	115	34	29
L. Cervantes	13	M	1411	770	28	2500	29	51	170	145	180	68-41	112	45	28
S. Toscano	14	M	1348	690	31	1900	21	51	174	149	175	63-44	119	31	34
L. Morales	13	M	1350	680	27	2000	26	52	178	145	179	66-40	114	43	28
A. García	14	M	1365	740	28	1900	24	52	180	140	185	60-41	116	38	33
A. Yáñez	13	M	1276	630	25	1400	22	52	175	123	177	61-43	115	43	28
L. Deleg	13	M	1263	690	25	1800	20	51	174	146	182	58-45	110	36	36
C. Salazar	14	M	1323	680	27	1900	22	49	170	135	170	55-45	112	36	29
L. Toledo	16	M	1428	755	35	1900	43	52	183	148	195	68-41	119	40	36
O. Rosero	16	M	1488	—	36	2200	42	51	176	138	190	63-43	114	40	35
A. Cisneros	13	M	1410	730	32	2100	26	52	172	146	189	70-42	115	46	33
V. Chávez	14	M	1380	710	31	1900	34	50	174	140	170	61-39	124	39	33
E. Carey	12	M	1290	650	21	1500	20	49	171	167	173	56-38	110	39	35
A. Barrientos	16	M	1435	740	30	2000	36	51	169	142	176	64-38	120	40	36
L. García	13	M	1232	—	24	1700	24	52	178	146	155	60-36	109	38	28
O. Chávez	18	M	1615	765	40	2300	54	52	175	145	188	73-47	123	47	34
J. Guerrero	13	M	1300	705	27	1800	30	51	170	143	175	63-40	118	41	31
V. Ledesma	14	M	1458	740	33	2000	44	51	175	145	177	65-33	117	43	31
E. Salazar	13	B	1304	690	27	1800	27	53	180	146	170	66-41	122	44	31
C. Dávila	14	N	1425	730	34	1900	36	54	185	140	190	67-44	114	40	33
N. Mendoza	13	B	1325	690	26	1700	22	51	165	145	185	60-39	115	35	29
O. Flor	13	M	1345	710	28	2000	24	52	170	145	177	63-35	105	45	33
M. Calderón	12	M	1210	630	24	1600	24	54	189	154	174	58-37	116	41	31
A. Mejía	18	M	1560	790	41	2500	52	54	194	147	184	70-43	121	41	36
M. Larrea	8	M	1263	650	19	1200	19	51	187	142	170	58-30	103	40	29
L. Borja	13	N	1335	700	30	2000	24	49	176	147	182	60-41	118	43	35
M. Barriga	18	M	1555	775	40	1900	45	54	195	153	187	70-54	122	41	42
M. Acosta	12	M	1328	680	—	—	—	52	190	148	178	61-39	119	43	28
A. Moreno	16	M	1457	770	38	2600	41	57	197	148	190	64-41	118	44	37
J. Armas	13	M	1310	725	27	2200	24	51	176	144	184	58-38	116	38	35
J. Banda	18	M	1567	800	38	2000	28	52	173	146	186	70-42	114	51	38
V. Ramírez	14	M	1318	695	25	1700	24	49	165	140	173	55-40	118	40	30
K. Andrade	14	N	1345	690	28	1600	26	51	174	145	177	62-31	112	42	38
S. Enríquez	14	M	1287	675	25	1500	20	50	173	140	180	54-42	112	40	31
C. Romero	14	N	1247	685	23	1800	20	52	182	139	178	56-44	115	42	32
L. Luna	11	M	1242	670	24	1500	15	48	168	131	170	34-41	109	36	30
J. Mena	13	M	1276	680	24	1700	23	50	175	137	160	61-42	105	42	31
A. Vallacía	8	M	1135	630	17	1100	14	50	174	136	170	57-38	95	45	30
R. Morales	12	M	1208	650	23	1600	19	50	175	140	184	60-42	113	46	30
H. Román	13	M	1291	675	24	2000	21	51	176	141	187	57-30	109	44	35
H. Moncayo	14	M	1338	—	24	1800	19	51	174	140	178	58-35	114	44	28
A. Andrade	11	M	1408	740	26	2200	24	52	182	142	178	60-40	109	50	33
V. Cobo	12	M	1397	750	26	1900	20	53	187	146	182	56-38	107	43	30
T. Vargas	14	M	1447	765	31	2300	35	50	175	137	177	74-54	114	44	33

NOMBRES	PERIMETRO TORAX			Contorno abdom.	Longitud piernas	Longitud brazos	Longitud hombros	Ancho pelvis	Contorno cadera	Cont. ante-brazo	Contorno mano	Cont. pantorrillas	Formas craneanas	INDICES						CLASIFICACION ESQUELICA
	Máximo	Medio	Mínimo										Normales	Cefálico	Pignet	Ponderal	Vital	C. Vital	Esquélico	
J. Merizalde	870	836	810	770	765	670	355	246	815	230	170	322	Braquicef	81	26	23 1	56	905	53	Mesaticélico
V. Viteri	765	700	685	630	680	620	280	257	730	200	160	290	Braquicef	84	40	22 5	48	401	52	Mesaticélico
B. Arroyo	800	740	695	680	750	632	385	350	788	212	170	300	Braquicef	83	37	22 6	49	689	53	Mesaticélico
S. Ureña	810	770	750	715	810	655	305	236	805	210	165	295	Mesaticef	77	41	21 6	49	582	51	Macrocélico
E. Estrella	770	730	710	764	770	660	311	265	790	215	170	290	Mesaticef	76	41	22 2	47	559	—	
C. Bejarano	845	765	745	730	725	610	323	246	775	210	175	310	Braquicef	84	34	22 6	52	616	52	Mesaticélico
J. Guzmán	800	720	690	725	765	670	311	255	755	205	180	300	Braquicef	81	43	21 9	47	596	50	Macrocélico
C. Coloma	730	690	670	645	660	555	284	217	680	195	150	275	Mesaticef	77	37	22 8	50	485	53	Mesaticélico
M. Coloma	825	785	765	720	715	610	326	236	774	210	170	315	Dolicocef	75	32	22 8	52	602	50	Macrocélico
A. Alvear	700	630	610	635	630	542	282	211	672	178	152	240	Dolicocef	75	—	—	47	—	50	Macrocélico
V. Alvarez	740	720	705	682	735	604	314	245	777	198	170	290	Dolicocef	73	38	22 6	49	482	53	Mesaticélico
R. Carrera	730	680	645	645	700	580	301	226	685	190	155	260	Dolicocef	73	34	21 6	48	369	53	Mesaticélico
E. Rodríguez	830	795	780	710	710	625	322	252	810	235	190	320	Mesaticef	78	24	24 0	54	706	—	
J. Rojas	850	785	770	780	735	640	330	253	855	216	162	322	Mesaticef	79	27	23 6	53	786	52	Mesaticélico
W. Pico	780	740	720	655	665	600	276	230	750	200	160	290	Braquicef	82	30	23 3	54	470	56	Braquicélico
J. Cruz	810	760	730	690	800	720	325	251	775	205	177	280	Braquicef	84	42	21 5	49	596	51	Macrocélico
R. Espinoza	810	745	715	710	790	670	312	264	765	213	180	310	Braquicef	82	43	21 8	47	700	52	Mesaticélico
C. Tenorio	740	705	695	635	810	670	295	222	710	210	160	280	Dolicocef	68	50	21 0	45	439	48	Macrocélico
L. Eguiguren	805	730	720	680	780	680	317	233	760	217	185	292	Braquicef	82	42	21 9	48	476	50	Macrocélico
G. Cabezas	710	660	630	650	630	530	263	212	680	177	145	255	Braquicef	80	34	23 4	52	340	51	Macrocélico
C. Orozco	740	700	685	655	665	575	267	221	690	186	162	250	Braquicef	84	36	22 6	52	385	54	Braquicélico
V. Gallegos	725	680	660	645	710	580	297	219	730	199	163	295	Mesaticef	78	49	21 1	46	408	50	Macrocélico
J. Tobar	705	680	655	635	665	543	285	214	670	195	164	275	Braquicef	83	31	23 7	54	374	53	Mesaticélico
G. Germán	740	680	660	645	660	586	288	224	690	186	160	253	Braquicef	84	37	22 7	51	429	53	Mesaticélico
E. Jaramillo	775	735	710	655	730	640	310	243	790	210	180	290	Braquicef	83	39	22 3	49	535	54	Braquicélico
T. Ruiz	730	695	690	690	690	600	288	252	760	192	160	280	Braquicef	85	41	22 4	48	473	52	Mesaticélico
C. Villamar	735	705	670	640	690	595	298	226	705	193	166	270	Braquicef	82	40	22 6	50	424	50	Macrocélico
G. Chiriboga	720	675	695	645	710	598	303	240	710	190	166	270	Braquicef	80	48	21 4	46	351	53	Mesaticélico
C. Gutiérrez	700	650	635	605	650	540	265	210	645	185	153	255	Braquicef	86	40	22 6	49	297	49	Macrocélico
L. Cervantes	740	655	650	675	700	593	303	247	700	197	164	264	Braquicef	85	48	21 5	46	496	54	Braquicélico
S. Toscano	760	720	715	695	675	546	292	234	710	196	150	273	Braquicef	85	31	23 4	53	439	51	Macrocélico
L. Morales	710	670	650	620	680	564	297	223	655	193	157	262	Braquicef	82	41	22 2	49	400	50	Macrocélico
A. García	730	675	645	645	700	690	294	213	670	193	163	250	Mesaticef	77	41	22 3	49	538	53	Mesaticélico
A. Yáñez	685	640	630	720	640	560	255	204	670	180	140	243	Dolicocef	70	36	23 0	50	259	49	Macrocélico
L. Deleg	685	635	615	585	615	543	292	225	673	193	160	265	Braquicef	83	38	23 2	50	357	54	Braquicélico
C. Salazar	715	695	670	620	655	538	284	219	690	194	153	250	Mesaticef	79	36	22 7	52	388	51	Macrocélico
L. Toledo	795	740	725	650	710	612	315	253	745	212	183	292	Braquicef	80	33	23 0	52	468	52	Mesaticélico
O. Rosero	755	710	690	680	745	628	300	239	765	213	173	284	Mesaticef	78	41	22 3	47	535	—	
A. Cisneros	750	710	700	670	695	583	340	240	730	202	155	290	Braquicef	84	38	22 5	50	476	51	Macrocélico
V. Chávez	755	705	700	690	685	580	294	234	732	205	155	260	Braquicef	81	37	22 8	50	427	51	Macrocélico
E. Carey	655	620	610	570	645	563	290	193	590	170	150	220	Braquicef	97	46	21 4	48	466	50	Macrocélico
A. Barrientos	730	675	670	655	700	630	330	234	690	185	150	265	Braquicef	84	48	21 7	46	419	51	Macrocélico
L. García	670	625	610	610	620	525	275	220	660	180	155	260	Braquicef	82	37	23 4	50	337	47	
O. Chávez	815	755	745	700	810	667	335	250	795	225	175	320	Braquicef	82	46	21 2	46	571	47	Macrocélico
J. Guerrero	740	680	670	610	645	540	283	224	700	190	160	260	Braquicef	84	35	23 1	52	373	53	Mesaticélico
V. Ledesma	780	740	720	655	730	625	330	246	740	200	180	280	Braquicef	82	38	22 1	51	455	51	Macrocélico
E. Salazar	715	685	650	610	640	540	284	225	690	190	160	260	Braquicef	81	35	23 1	52	373	53	Masaticélico
C. Dávila	790	720	700	700	745	625	315	243	730	200	165	285	Dolicocef	75	36	22 8	50	454	51	Macrocélico
N. Mendoza	750	660	650	650	665	567	265	222	660	190	155	260	Braquicef	87	40	22 4	50	334	52	Mesaticélico
O. Flor	740	680	655	670	690	575	275	225	700	180	156	250	Braquicef	85	38	22 7	50	417	52	Mesaticélico
M. Calderón	720	660	650	630	605	545	283	215	640	175	155	245	Braquicef	81	31	23 8	54	317	52	Mesaticélico
A. Mejía	810	765	740	720	805	700	350	257	815	225	185	315	Dolicocef	75	39	22 1	48	657	50	Macrocélico
M. Larrea	610	580	565	570	640	548	272	204	570	160	134	325	Mesaticef	76	49	21 2	46	180	51	Macrocélico
L. Borja	740	690	680	650	635	560	302	214	690	190	165	275	Braquicef	83	34	23 4	51	451	52	Mesaticélico
M. Barriga	750	715	700	675	790	673	312	255	770	240	185	305	Mesaticef	78	44	22 1	45	490	49	Macrocélico
M. Acosta	710	650	645	635	590	515	266	215	630	170	140	224	Mesaticef	77	34	—	49	—	51	Macrocélico
A. Moreno	812	735	720	685	720	640	285	240	770	212	180	310	Dolicocef	75	34	23 2	50	681	53	Mesaticélico
J. Armas	725	670	640	620	625	350	282	216	700	184	158	272	Braquicef	81	37	22 9	51	453	54	Braquicélico
J. Banda	795	740	730	720	805	650	306	264	780	196	172	280	Braquicef	85	44	21 6	47	487	51	Macrocélico
V. Ramírez	705	670	655	600	650	559	285	221	660	184	156	254	Braquicef	84	39	22 3	51	324	52	Mesaticélico
K. Andrade	720	690	670	585	700	592	295	210	650	195	165	266	Braquicef	83	37	22 3	51	334	51	Macrocélico
S. Enríquez	730	650	630	660	645	543	284	208	665	180	155	250	Braquicef	89	38	22 8	50	292	52	Mesaticélico
C. Romero	715	645	640	580	600	525	280	210	630	177	158	243	Mesaticef	76	37	22 9	51	333	54	Braquicélico
L. Luna	680	615	630	625	627	505	278	210	660	186	155	270	Mesaticef	77	39	23 3	49	290	54	Braquicélico
J. Mena	710	670	650	627	648	540	290	222	655	172	153	250	Mesaticef	78	36	22 7	52	321	53	Mesaticélico
A. Vallacía	620	570	560	544	540	474	251	192	560	160	130	220	Mesaticef	78	39	22 8	50	165	55	Braquicélico
R. Morales	695	660	635	614	580	485	264	208	650	175	140	248	Braquicef	80	31	23 7	55	306	54	Braquicélico
H. Román	700	655	635	598	658	554	290	214	645	180	155	244	Braquicef	80	40	22 7	50	527	51	Macrocélico
H. Moncayo	710	630	615	630	670	560	262	212	660	180	157	254	Braquicef	80	46	21 7	47	324	52	
A. Andrade	730	655	640	595	720	587	292	239	675	185	154	240	Mesaticef	78	49	21 2	46	408	52	Mesaticélico
V. Cobo	705	630	625	635	705	560	260	229	660	180	154	250	Mesaticef	78	50	21 3	45	355	53	Mesaticélico
T. Vargas	770	680	675	600	715	625	286	233	680	190	175	275	Mesaticef	78	45	21 8	47	495	52	Mesaticélico

La insuficiencia mental y la delincuencia.—

No sería justo afirmar de una manera categórica que todos los menores delincuentes son deficientes mentales, pero que existe un buen tanto por ciento es la verdad.

Berman ha encontrado en el Asilo de Menores varones y en la Casa del Buen Pastor la cantidad de 37 retardados entre 61 varones y de 37 entre 50 niñas, y dice: "Comprendí entonces mejor cómo la indisciplina, la maldad, el vagabundaje, el odio a la familia y a la sociedad, la impulsividad, los hurtos continuos, la falta de adaptación, a menudo la mendicidad y la vagancia y otras formas de vida y de reacciones antisociales son el producto de alteraciones del psiquismo, a veces fácilmente visible, otras que necesitan ser despistadas con cuidado.

La delincuencia de los menores es muy a menudo de índole patológica".

Y en su mismo libro sobre delincuencia infantil señala que Collin ha encontrado el 70 por ciento de retardados entre los menores delincuentes de 13 años y que Harold Williams ha comprobado que el 30 por ciento (141 menores) eran retardados; el 27 por ciento (128) eran casi intermedios; el 20 por ciento (97) eran normales mediocres; el 19,2 por ciento (90) eran normales medios y el 4 por ciento (14) eran de inteligencia superior, y manifiesta que este autor ha concluído, entre otros, que es inferior en general la inteligencia de los delincuentes en comparación a la de los otros niños de la misma edad.

De 58 niños testados en la Escuela del Trabajo se ha obtenido el siguiente resultado:

Imbéciles	2
Morones	11
Debilidad mental	12
Lerdos	18
Inteligencia media	15
	58

Obsérvese la gráfica correspondiente para apreciar la relación entre la edad cronológica, la edad mental y la pedagógica de los alumnos de la Escuela del Trabajo.

LA ANTROPOMETRIA Y LA DELINCUENCIA INFANTIL

Las viejas concepciones que se mantenían en el campo penal fueron destruidas con los estudios y conclusiones de Lombroso. Este ilustre penalista hizo un estudio antropológico de los locos y después de los criminales. Las innúmeras observaciones y la coincidencia que estos hombres tenían entre las medidas antropométricas y las anomalías psíquicas, lo indujeron a pensar que las perturbaciones mentales iban acompañadas de rasgos morfológicos y físicos, que indicaban una alteración profunda y congénita del individuo.

Llegó en esta forma a descubrir algunos tipos como el loco moral, el delincuente epiléptico, el delincuente de ímpetu o de pasión, el delincuente loco y el delincuente ocasional.

Aunque no se acepte en absoluto la doctrina de Lombroso, éste tiene el mérito de haber orientado a la ciencia penal y de haber abierto nuevos horizontes a la medicina y a la pedagogía.

Las ciencias biológicas, con su moderno alcance, han tenido que aceptar este principio y confirmar la estrecha raigambre que existe entre la constitución física y la psíquica.

Estas innovaciones han beneficiado especialmente al hombre delincuente, consiguiendo que la justicia no tome en cuenta el delito, sino el individuo que lo comete y aceptándole a éste como un hombre enfermo que necesita de tratamiento y de protección social.

Si aceptamos la importancia del estudio antropológico en el delincuente adulto, como no será provechoso ejercitar estos medios de investigación en el menor delincuente, en el que está recién estructurándose su constitución psico-física, y en el que, por lo mismo, se puede advertir a tiempo cualquiera desviación que se inicia. No cabe duda, y correspondiendo a esta necesidad ha verificado las mediciones antropométricas de setenta y dos alumnos, entre los cuales constan los estudiados anteriormente (Cuadro N.º 1).

ESTUDIO DEL CUADRO ANTROPOMETRICO

Estatura y peso.—La estatura es un dato antropométrico importante y que tiene gran valor biológico. Cada raza tiene su tipo medio de estatura, por consiguiente es necesario conocer éste, para saber indicar si una estatura es

o no patológica. En el niño es más importante aún indicar el tipo medio con relación a su edad para ver si el crecimiento está siguiendo la ruta normal.

El peso es otra medida importante, pues da una idea de la masa total del cuerpo. Acompañada a la estatura indica el estado biofisiológico del organismo, de aquí la necesidad imperiosa de obtener estos datos, que se puede decir, son el termómetro del investigador.

El cuadro N.º 2 indica el peso, la estatura, los promedios según la edad de los niños y la comparación con la tabla de medidas de la Dra. Montessori.

CUADRO Nº 2, QUE INDICA EL PESO, LA ESTATURA, SUS PROMEDIOS Y SU RELACION CON LA TABLA DE MONTESSORI

		Peso en	Promedio		Talla Montessori		
Nombre	**Edad**	**Kilos**	**Talla**	**Peso**	**Talla**	**Peso**	**Tabla**
Alejandro Mejía		41	1560				
Miguel Barriga . .	18	40	1555				
José Banda . . .	años	38	1567	40	1574	61,26	1700
Orlando Chávez		40	1615				
Jaime Merizalde		45	1540				
Segundo Ureña .	17	40	1585	39,60	1555	57,40	1670
Carlos Tenorio .	años	34	1540				
Víctor Vietri . .		34	1440				
Eduardo Estrella		41	1555				
Carlos Bejarano .		36	1460				
Jaime Guzmán .		36	1517				
Marco Coloma .		39	1490				
Edo. Rodríguez .		43	1465				
Julio Rojas . . .	16	41	1468	38	1489	53.39	1610
Jorge Cruz . . .	años	37	1555				
Raúl Espinoza .		40	1573				
L. Eguiguren . .		36	1488				
Owaldo Rosero .		36	1488				
Oswaldo Rosero .		36	1488				
Luis Toledo . . .		35	1428				
Ant. Barrientos .		30	1435				
Alfredo Moreno .		38	1457				
Vicente Alvarez .		35	1456				
César Villamar . .	15	28	1383	31	1431	46,41	1559
Gmo. Chiriboga .	años	30	1456				
Boston Arroyo .		39	1503				

Nombre	Edad	Peso en Kilos	Talla	Promedio Peso	Talla Montessori Talla	Peso	Tabla
Washington Pico .		32	1366				
Víctor Gallegos .		30	1470				
Gonzalo Germán .		27	1326				
Efrén Jaramillo .		36	1485				
Teodoro Ruiz . .		32	1421				
Segundo Toscano		31	1348				
Alfonso García .		28	1365				
César Salazar . .	14	27	1323	30	1386	40,50	1487
Vicente Chávez .	años	31	1380				
Virgilio Ledesma		33	1458				
César Dávila . .		34	1425				
Vicente Ramírez		25	1318				
Klinger Andrade .		28	1345				
Celio Romero . .		23	1247				
Segundo Enríquez		25	1287				
Héctor Moncayo		24	1338				
Trajano Vargas .		31	1447				
Noel Mendoza .		26	1325				
Jorge Mena . . .		24	1276				
Cristóbal Coloma		30	1365				
Rodrigo Carrera .		27	1390				
César Orosco . .		27	1336				
Guillermo Cabezas		25	1250				
Carlos Gutiérrez .	13	26	1310	26,90	1324	35,32	1403
L. C. Cervantes .	años	28	1411				
Luis Morales . . .		27	1350				
Luis Delec . . .		25	1263				
E. Salazar . . .		27	1304				
Oswaldo Flor . .		28	1345				
Jorge Armas . . .		27	1310				
Hugo Román . . .		24	1291				
Julio Tobar . . .		26	1253				
Enrique Carey .		21	1290				
Manuel Calderón	12	24	1210	24	1271	31	1359
Roberto Morales .	años	23	1208				
Víctor Cobo . . .		26	1397				

De este cuadro se puede sacar las conclusiones siguientes:

Primera.—Que a pesar de que algunos niños tienen un elevado índice de estatura —entre nosotros—, sin embargo, no se igualan a los índices que señala la Dra. Montessori.

Segunda.—Que en virtud del dato anterior, nuestros promedios normales, deben ser inferiores.

Tercera.—Que la misma apreciación podemos hacer respecto del peso.

Cuarta.—Que la mayor parte de los niños se alejan mucho de las cifras normales de la Dra. Montessori y que el promedio sacado respecto a la edad es bastante inferior.

Quinta.—Que, por lo mismo, el peso y el crecimiento de estos niños no está evolucionando normalmente.

Para precisar más el desarrollo fisiológico y tener datos más certeros acerca de la relación entre el peso, la estatura y la edad, he sacado el índice ponderal de los niños. Obsérvese el cuadro N.º 3, que indica también la relación con los promedios de la Dra. Montessori.

CUADRO N.º 3.—INDICE PONDERAL

N.º	Nombre	Indice P.	Edad	Promedio	T. Montesori
1	Alejandro Mejía	22,1			
2	Miguel Barriga	22,1	18 años	21,7	23,2
3	José Banda	21,6			
4	Orlando Chávez	21,2			
5	Jaime Merizalde	23,1			
6	Segundo Ureña	21,6	17 años	21,9	23,1
7	Carlos Tenorio	21,0			
8	Víctor Viteri	22,5			
9	Eduardo Estrella	22,2			
10	Carlos Bejarano	22,6			
11	Jaime Guzmán	21,9			
12	Marco Colloma	22,8			
13	Eduardo Rodríguez	24,0			
14	Julio Rojas	23,6	16 años	22,5	23,4
15	Jorge Cruz	21,5			
16	Raúl Espinoza	21,8			
17	Leonidas Eguiguren	21,9			
18	Oswaldo Rosero	22,3			
19	Luis Toledo	23,0			
20	Antonio Barrientos	21,7			
21	Alfredo Moreno	23,2			
22	Vicente Alvarez	22,6			
23	César Villamar	22,6	15 años	22,2	23,1
24	Guillermo Chiriboga	21,4			
25	Boston Arroyo	22,6			

N.º	Nombre	Indice P.	Edad	Promedio	T. Montesori
26	Washington Pico . .	23,3			
27	Víctor Gallegos . .	21,1	14 años	22,5	23,1
28	Gonzalo Germán . .	22,7			
29	Efrén Jaramillo . . .	22,3			
30	Teodoro Ruiz	22,4			
31	Segundo Toscano . . .	23,4			
32	Alfonso García . . .	22,3			
33	César Salazar . . .	23,0			
34	Vicente Chávez . . .	22,8			
35	Virgilio Ledesma . .	22,1			
36	César Dávila	22,8			
37	Vicente Ramírez . . .	22,3			
38	Klinger Andrade . .	22,7			
39	Celio Rosero	22,9			
40	Segundo Enríquez . .	22,8			
41	Héctor Moncayo . .	21,7			
42	Trajano Vargas . . .	21,8			
43	Raúl Mendoza . . .	22,4			
44	Jorge Mena	22,7			
45	Cristóbal Coloma . .	22,8			
46	Rodrigo Carrera . .	21,6			
47	César Orosco	22,6			
48	Guillermo Cabezas . .	23,4			
49	Carlos Gutiérrez . . .	22,6	13 años	22,6	23,4
50	L. C. Cervantes . .	21,5			
51	Luis Morales	22,2			
52	Estanislao Salazar . .	23,1			
53	Oswaldo Flor	22,7			
54	Laureano I. Borja . .	23,4			
55	Jorge Armas	22,9			
56	Hugo Román	22,7			
57	Julio Tobar	23,7			
58	Enrique Carey . . .	21,4			
59	Manuel Calderón . .	23,8			
60	Roberto Morales . .	23,7	12 años	22,7	23,1
61	Víctor Cobo	21,3			

Conclusiones del cuadro N.º 3:

Primera.—Que nueve de los alumnos tienen un índice igual unos y mayor otros, en relación a los sacados por la Dra. Montessori.

Segunda.—Que la mayor parte tienen un índice ponderal bajo, que comprueban las conclusiones del cuadro N.º 2.

Tercera.—Que tomando en cuenta la ley de evolución individual del índice ponderal que cita la Dra. Montessori (el índice ponderal se eleva desde el primer año de edad hasta el período prepúber —11 años los varones, 10 las hembras—, edad en la cual los niños son muy delgados, luego permanece constante, oscilando alrededor de una misma cifra durante todo el período de la pubertad —17 años para los varones y 14 para las hembras— y vuelve a subir para ir decreciendo en la vejez), vemos que en verdad, nuestros promedios, confirman la constancia de dicho índice en todo el período de la pubertad.

De aquí en adelante, voy a hacer un estudio de los demás índices que en realidad son de valor dentro de la antropometría.

Indice cefálico.—Para sacar el índice cefálico he empleado la fórmula conocida; medida menor por ciento, dividida para la medida mayor.

El índice cefálico de la relación entre los diámetros máximos: transverso y longitudianl. Este es constante en el desarrollo del hombre a partir del segundo, cuarto o séptimo año, porque los diámetros aumentan en la misma proporción a partir de esta edad.

Observando los índices en el cuadro N.º 1, se nota:

Primero.—Que no hay formas anormales (los índices, desde 58 para abajo, se consideran como escafocefalia y de 100 para arriba, trococefalia; esta última se encuentra en los locos), y **segundo,** que dentro de las normales existe la siguiente proporción que indica su predominio de la cabeza corta en nuestros menores delincuentes.

	Formas normales	Número
De 80 para arriba	Braquicefalia	44
De 75, 1 a 79,9	Mesaticefalia	19
De 75 para abajo	Dolicocefalia	9

Indice Pignet.—Este hace relación a la circunferencia torácica, al peso y a la estatura.

Fórmula: I. P. igual circunf. torác., más peso en kilos, menos est. en cent.

Este índice ha sido tomado por los antropólogos como revelador de la amplitud y de la robustez. Cuadro N.º 4.

CUADRO Nº 4, QUE INDICA EL INDICE DE PIGNET, LOS PROMEDIOS Y LA COMPARACION CON LA TABLA UNIVERSAL

Nombre	Edad	I.P.	Prom.	T. Universal
A. Mejía	18 años	39	43	23-25
M. Barriga		44		
J. Banda		44		
C. Chávez		46		
J. Merizalde	17 años	26	39	25-27
S. Ureña		41		
C. Tenorio		50		
V. Viteri	16 años	40	38	29-31
Es. Estrella		41		
C. Bejarano		34		
J. Guzmán		43		
M. Coloma		32		
E. Rodríguez		24		
J. Rojas		27		
J. Cruz		42		
R. Espinosa		43		
L. Eguiguren		42		
C. Rosero		41		
L. Toledo		33		
A. Barrientos		48		
A. Moreno		34		
V. Alvarez	15 años	38	42	32-34
C. Villamar		40		
G. Chiriboga		48		
B. Arroyo	14 años	37	37	35-37
W. Pico		30		
V. Gallegos		49		
G. Germán		37		
E. Jaramillo		39		
T. Ruiz		41		
S. Toscano		31		
A. García		41		
C. Salazar		36		
V. Chávez		37		
V. Ledesma		38		
C. Dávila		36		

Nombre	Edad	I.P.	Prom.	T. Universal
V. Ramírez		39		
K. Andrade		37		
C. Romero		37		
S. Enríquez		38		
H. Moncayo		46		
T. Vargas		45		
N. Mendoza		40		
C. Coloma		37		
R. Carrera		34		
C. Orosco		36		
G. Chiriboga		34		
C. Gutiérrez		40		
C. Cervantes		48		
L. Morales	13 años	41	38	37-41
L. Déleg		38		
E. Salazar		35		
O. Flor		38		
L. Borja		34		
J. Armas		37		
H. Román		40		
J. Tobar		31		
E. Carey		46		
M. Calderón	12 años	31	43	39-43
R. Morales		31		
V. Cobo		50		
L. Luna	11 años	39	44	40-40
A. Andrade		49		
M. Larrea	8 años	49	44	37-59
A. Villacís		39		

Según el cuadro N.º 4, se concluye: **primero,** que 27 de los niños alcanzan y aún tienen unos pocos, un índice mejor que el promedio de la Tabla Universal; **segundo,** que el promedio con respecto a la edad, es igual al promedio de la Tabla Universal, en las edades de 11 a 14 años, siendo inferior en las otras edades.

Cuociente vital.—El cuociente vital da, más que ninguna, datos fisiológicos importantes, para darse cuenta del poder de vitalidad del niño, ya que además toma en cuenta al perímetro torácico en inspiración máxima.

CUADRO Nº 5, QUE INDICA EL CUOCIENTE VITAL DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DEL TRABAJO

Nombre	Cuociente vital	
Alejandro Mejía	657	
Miguel Barriga	490	18 años
José Banda	487	
Orlando Chávez	571	
Promedio . . 551		
T. Universal . 1.000		
Jaime Merizalde	905	
Segundo Ureña	582	17 años
Carlos Tenorio	439	
Promedio . . 642		
T. Universal . 939		
Víctor Viteri	401	
Aduardo Estrella	559	
Carlos Bejarano	616	
Jaime Guzmán	596	
Marco Coloma	602	
Eduardo Rodríguez	706	
Julio Rojas	786	16 años
Jorge Cruz	596	
Raúl Espinoza	700	
Leonidas Eguiguren	476	
Oswaldo Rosero	535	
Luis Toledo	468	
Antonio Barrientos	419	
Alfredo Moreno	681	
Promedio . . 581		
T. Universal . 769		
Vicente Alvarez	482	
César Villamar	424	15 años
Guillermo Chiriboga . ..	351	
Promedio . . 419		
T. Universal . 670		
Boston Arroyo	689	
Washington Pico	470	

Nombre	Cuociente vital	
Víctor Gallegos	408	
Gonzalo Germán	429	
Efrén Jaramillo	535	
Teodoro Ruiz	473	14 años
Segundo Toscano	439	
Alfonso García	538	
César Salazar	388	
Vicente Chávez	427	
Virgilio Ledesma	453	
César Dávila	454	
Vicente Ramírez	324	
Kilnger Andrade	334	
Celio Romero	333	
Segundo Enríquez	292	14 años
Héctor Moncayo	324	
Trajano Vargas	495	

Promedio . . 428
T. Universal . 579

Noé Mendoza	334	
Jorge Mena	321	
Cristóbal Coloma	485	
Rodrigo Carrera	369	
César Orosco ,.	385	
Guillermo Cabezas	340	
Carlos Gutiérrez	297	13 años
Carlos Cervantes	496	
Luis Morales	400	
Luis Delec	357	
Estanislao Salazar	373	
Oswaldo Flor	417	
Laureano Y. Borja	451	
Jorge Armas	453	
Hugo Román	527	

Promedio . . 397
T. Universal . 479

Julio Tobar	370	
Enrique Carey	166	
Manuel Calderón	317	12 años
Roberto Morales	306	
Víctor Cobo	355	

Promedio . . 303
T. Universal . 392

Nombre	Cuociente vital	
Luis Luna	290	
Alfredo Andrade	408	11 años

Promedio . .	349
T. Universal .	352

Miguel Larrea	180	
Aníbal Villacís	165	8 años

Promedio . .	172
T. Universal .	212

Observando el cuadro N.º 5, se concluye lo siguiente:

Primero.—Que sin embargo de que unos pocos alcanzan individualmente al promedio universal, la mayoría, tienen un índice inferior, y

Segundo.—Que el promedio con respecto a la edad, es inferior en todos.

Como una observación personal, debo informar que el cuociente vital, me ha dado mejores resultados, dentro de la práctica, para clasificar a los niños, con el objeto de que reciban ejercicios gimnásticos adecuados a su estado fisiológico.

Indíce esquélico.—Este indica la relación entre la estatura total del cuerpo y la altura del tronco. Por él, también podemos adivinar el mecanismo fisiológico de un niño, ya que tiene que ser diferente, si el tronco, que es el cofre de nuestros principales órganos, varía en dimensiones.

Según el índice esquélico, Manouvrier, clasifica a los tipos en braquicélicos (exceso de tronco y miembros inferiores cortos), macrocélicos (tronco pequeño y miembros inferiores largos), y mesaticélicos (tipo medio).

La Dra. Montessori, describe al tipo braquicélico como que tiene un predominio de la vida vegetativa. El gran desarrollo de las vísceras abdominales, dice, harán de este individuo un glotón, un hombre aficionado a los placeres de la mesa; su voluminoso corazón, regando abundantemente el cuerpo, mantendrá el rostro colorado y pletórico. El exceso de alimentación y de sanguinificación favorece la acumulación de la grasa, y el cuerpo, haciéndose cada día más pesado, es menos fácilmente sostenido por las piernas cortas, por la cual el individuo tiende fácilmente a hacerse sedentario. Todo lo que hay de idealidad en el mundo escapará a la atención de este individuo, que estará más dispuesto a dedicarse al comercio que de una manera fácil y práctica conduce a resolver el problema de la vida material.

En el otro tipo, el macrocélico, en cambio, las vísceras de la vida vegetativa son insuficientes y escaso el sistema nervioso central. Este hombre comprende, aunque sea inconscientemente, que sus vísceras abdominales no pueden elaborar un alimento abundante y que sus pulmones, no pudiendo absorber la cantidad de oxígeno necesaria, le hacen fatigosa la respiración. Su pequeño corazón, no riega todo el cuerpo y está siempre pálido, mientras que su sistema nervioso permanece en continuo eretismo. Nos parece ver a este hombre flaco, que dijérase anda sobre zancos, con las mejillas hundidas y pálidas y estrecho el tórax, sufriendo de inapetencia y melancolía; nervioso, incapaz de todo trabajo productivo y constante y dispuesto a fantasear y correr tras vacuas imágenes poéticas y artísticas. Este tipo, quizá amará la vida con amor platónico y tal vez pensará en coronar en suicidio el amor ideal, sin poder nunca sustraerse a las penalidades de una vida no resuelta económicamente.

El tipo medio entre éstos, corresponde al mesaticélico.

Siempre hay predominio de uno de estos tipos según las razas y las condiciones sociales.

La Dra. Montessori, dice que los braquicélicos se encuentran fácilmente entre los obreros que crecidos en el duro trabajo y estando mucho tiempo de pie, han obstaculizado el libre crecimiento de los huesos largos; y los macrocélicos se hallan en las clases aristócratas, por vivir la mayor parte del tiempo tendidos o sentados, dejando así el crecimiento de los huesos largos. Y afirmar también que, sin discutir la causa indicada referente a la formación de los diversos tipos, puede deducirse que el tipo braquicélico es eminentemente útil a la sociedad, constituyendo la fuente principal de la producción económica, mientras que el macrocélico, improductivo, vive a sus expensas, como un parásito. El tipo mesaticélico corresponde a los intelectuales a los que se debe el progreso del mundo.

El niño no tiene aún tipo fijo en su desarrollo, así vemos que el recién nacido es ultrabraquicélico, luego crecen más los miembros inferiores en proporción al tronco y llegando a la edad púber, el niño pasa, según Godín, por el tipo macrocélico. Después de la pubertad viene nuevamente un crecimiento del tronco y el individuo alcanza el tipo definitivo que ha de tener en la edad adulta porque el crecimiento a partir de esta edad no altera las proporciones.

Este índice también ha sido tomado en cuenta para describir las aptitudes gimnásticas de los niños, pues, se ha comprobado que el macrocélico (de extremidades largas) es

apto para la gimnasia de velocidad y el braquicélico para la gimnasia de fuerza.

Aplicando la fórmula conocida (medida menor por ciento, dividida para la medida mayor), he sacado el índice esquélico y he obtenido la siguiente proporción:

Indice	Formas esquélicas	Número
52 a 53	Mesaticélicos	28
Menos de 52	Macrocélicos	29
Mayor de 53	Braquicélicos	10

La mayor parte de los macrocélicos encontrados están en la edad de la pubertad, lo que viene a confirmar el dato expuesto por Godín.

CONCLUSIONES ANTROPOMETRICAS GENERALES

Primera.—Que nuestras medidas se alejan mucho de las tablas universales;

Segunda.—Que tomando en cuenta que las medidas varían con la raza y las condiciones ambientales, para juzgar de las nuestras, es necesario sacar los tipos medios en nuestro país;

Tercera.—Que aceptando el hecho de que nuestras medidas son inferiores a las europeas, no podemos admitir como normales, las medidas encontradas, ya que no debe haber mucha diferencia;

Cuarta.—Que por lo mismo, el estado fisiológico de la mayor parte de los niños no es normal;

Quinta.—Que nuestros menores delincuentes, además del déficit intelectual, acusan una debilidad física. (Obsérvese la gráfica del índice biológico).

Sugerencias para una profilaxis de la delincuencia en el Ecuador.

Primera.—Se debe prestar apoyo más eficaz a la lucha contra las infecciones e intoxicaciones sociales: sífilis, tuberculosis, alcoholismo, como medida profiláctica de la anormalidad en general.

Segunda.—Exigir como medida eugénica, el certificado prenupcial o en su lugar los certificados de aptitud para el matrimonio.

Tercera.—Intensificar la protección prenatal.

Cuarta.—Efectuar una fuerte campaña educacional en

los hogares, sobre higiene de la vivienda, higiene de la alimentación, del vestido, etc., y sobre la manera de educar a los niños.

Quinta.—Protección por parte del Estado a los huérfanos, ilegítimos, abandonados y delincuentes decretando el Código del Niño que tenga por base una nueva legislación de menores, de acuerdo con nuestro medio.

Sexta.—Crear escuelas para los demás niños anormales, y

Séptima.—Evitar las guerras. Esto sólo se conseguirá mediante la educación, pero una educación verdaderamente científica basada en el conocimiento integral del niño, de manera de descubrir sus aptitudes, sus tendencias e inclinaciones a fin de explotarlas en su favor o tratar de destruirlas si le son perjudiciales.

Como una gran aspiración el maestro debe tender a formar un carácter templado, robusto, desnudo de egoísmos, desinteresado, lleno de bondad y de amor a los semejantes.

Un verdadero triunfo en la Conferencia de la Paz que tiene lugar en Buenos Aires, sería el conseguir que todos los países americanos cedan las partidas presupuestarias dedicadas a la compra de armas y aparatos de guerra en beneficio de la educación.

Bibliografía consultada.

Dr. Heuyer.—Enfants anormaux y delinquants juvenils.

Dr. Berman.—Los menores desamparados y delincuentes en Córdoba.

Dr. Decroly.—El niño anormal.

Henri Verger.—Evolución del concepto médico sobre la responsabilidad de los delincuentes.

Fay.—Psiquiatría infantil.

Dra. Montessori.—Antropología pedagógica.

Dr. Julio Endara.—Los temperamentos.

Dr. Pablo A. Suárez.—Contribución al estudio de la realidad entre las clases obreras y campesinas.

Dr. V. Arroyo Acuña

Ayudante del Servicio de Higiene Mental del Manicomio Nacional

Dr. G. Vila Aliaga

Ayudante de la Clínica Psiquiátrica y del Manicomio Nacional

Estudio sobre legislación en los toxicómanos

Un esquema para iniciar la lucha antitóxica en Chile

Generalidades

El índice de vitalidad de un país —se ha dicho— no sólo puede valorizarse considerando el grado de riqueza o la fuerza física que sea capaz de desarrollar, sino, principalmente, lo establece el nivel de salud mental de sus habitantes.

Pues bien; uno de los factores que más directamente influyen en el decaimiento mental y cuyas consecuencias se proyectan más allá del individuo, es, sin duda, el alcoholismo; que —junto a la tuberculosis, sífilis y algunas enfermedades epidémicas— azota nuestra población, predispuesta por su idiosincrasia, y adquiere, por ello, una importancia médico-social enorme.

Pero también existe, paralelamente, otro problema que aún no podemos apreciar en todos sus contornos, con claridad precisa —por falta de control y datos estadísticos—, pero cuya sombra se proyecta amenazadora sobre la salud mental en ciertos sectores de nuestra población. Nos referimos a las toxicomanías.

Problema este de tanta importancia para la salud pública, que su resolución ha sido motivo de reglamentos o leyes especiales, en vigor desde hace años, tanto en Europa como en América.

Leyes sobre el particular existen en Perú y Ecuador, desde 1921 y 1924, respectivamente; y reglamentaciones precisas con este mismo objeto, en Uruguay, desde 1920, y en Brasil, desde 1921. Entre nosotros, en cambio, nada —o casi nada— se ha realizado en este sentido. (1).

Valga como explicación la importancia incuestionable —la universalidad diríamos— que adquirió desde antiguo, en nuestro país, el problema del alcoholismo.

Sobre él sí se ha legislado; pero es necesario llegar a la ley número 5231, de Alcoholes y bebidas alcohólicas, del 9 de Septiembre de 1933, para encontrar por vez primera una bella promesa para la medicina social.

Nos referimos al Título II del Libro II (2), que crea los Institutos de Reeducación Mental; materia que consideraremos más adelante.

ACERCA DE LA LUCHA ANTITOXICA.—

De lo expuesto se desprende que el problema del alcoholismo y demás toxicomanias no ha sido abordado en nuestro país en su forma integral.

Vale decir, no se ha legislado aún, considerando en conjunto los dos puntos fundamentales para su resolución correcta: la profilaxis antitóxica y la asistencia para ebrios consuetudinarios y toxicómanos en general.

Revisaremos en forma breve, enfocándolas con criterio médico, en qué consisten ambas cosas; pero señalando de antemano que la lucha antitóxica es asunto complejo que comprende cuestiones muy diversas de orden público, social, higiénico y administrativo.

A.—PROFILAXIS ANTITOXICA.—

Jira en torno de la supresión del tráfico ilegal.

Esto entraña dos medios:

a) la lucha internacional, para propender a la limitación de la producción y consumo de los tóxicos. Motivo de varios congresos, en los cuales los intereses económicos de algunas potencias han esterilizado toda obra positiva; y

b) la lucha antitóxica dentro de cada país; única manera —hoy por hoy— de encarar en forma positiva este problema.

Comprende: 1.º La creación de un Organismo Técnico destinado a llevar los controles de la importación y distribución de los tóxicos; de las matrículas y contabilidades de fabricantes e importadores; y del expendio de estas sustancias bajo indicación de médicos, dentistas o veterinarios.

2.º La lucha contra el contrabando y, en especial, contra los traficantes, a cargo de la policía.

A manera de ilustración expondremos, en forma somera, los medios de que se ha valido últimamente Alemania, en su lucha contra el comercio de drogas. Se ha creado "la Central del Reich para combatir las contravenciones del opio", especialmente el contrabando. A ella pertenecen todos los organismos que persiguen el mismo fin. A través de esta Central se hacen el comercio extranjero y los informes para la Oficina Internacional de Viena.

La persecución del comercio ilegal lo realiza la policía; el impedir el uso indebido de tóxicos es tema de Sanidad Pública.

En la "ley sobre el comercio de anestésicos (10-XII-1929, reformada el 9-I-1934) (3), la prescripción de anestésicos y su despacho en las farmacias supone una considerable limitación de los mismos.

B.—ASISTENCIA Y REEDUCACION DE LOS TOXICOMANOS.—

La asistencia de los toxicómanos en general es un deber del Estado tan ineludible —o acaso más— como la supresión del tráfico ilegal.

Para los efectos de esta lucha, es necesario considerar las toxicomanías como un vicio y combatirlas como tal; y debe contemplarse a los afectados como enfermos que precisan tratamiento, cuyas modalidades no entraremos a analizar para no apartarnos de nuestro tema.

LA ASISTENCIA DE LOS TOXICOMANOS EN CHILE.—

Ahora bien, ¿en qué pie se encuentra la asistencia de los toxicómanos en Chile?

Es necesario decirlo: no existe en la actualidad un establecimiento adecuado para la reclusión y asistencia de esta clase de enfermos.

Claro está que no nos referimos a los que pueden sufragar costosos pensionados.

Existió, no obstante, hasta hace algunos años, anexo al Manicomio, un Asilo de Temperancia destinado al trata-

miento de los ebrios; organismo que cerró sus puertas a raiz de promulgarse la actual ley de Alcoholes.

Ciertamente, el mencionado Asilo acaso no llenaba las necesidades que exige la reeducación de esta clase de enfermos; pero existía y era algo. Desde entonces hasta hoy los alcohólicos han quedado con la escasa asistencia que les puede proporcionar el Manicomio, estrecho para contener la población de alienados del país; igual cosa puede decirse de los toxicómanos.

LOS INSTITUTOS DE REEDUCACION MENTAL.—

Ya hicimos mención anteriormente a estos Institutos, cuya creación por la Ley de Alcoholes motivó la desaparición del Asilo de Temperancia.

La génesis.—Vivamente interesados en este aspecto del problema, propiamente médico e íntimamente ligado a la psiquiatría, hace algunos años, médicos de la especialidad lanzaron la idea de crear un establecimiento que viniese a satisfacer esta necesidad social.

Entre ellos, el Dr. Vila, uno de los autores de esta ponencia.

Para su financiamiento se pensó —considerando el estrecho erario de la Beneficencia— en el dinero obtenido por las multas a las infracciones de la Ley de Alcoholes.

La ley.—Estas ideas fueron consideradas por los legisladores. Y así fué cómo en la ley N.º 231, de Alcoholes y bebidas alcohólicas (Título II, del Libro II) se ordena la creación de los Institutos de Reeducación Mental, para la enmienda de alcohólicos y demás toxicómanos; se dan pautas para su estructuración y funcionamiento; y, finalmente, se les asigna un presupuesto, a base de las multas obtenidas por las infracciones a la mencionada ley (el 70 por ciento más o menos).

Pues bien; acaso por la naturaleza de la ley que les daba existencia, por la sinrazón de alguna palabra, o por algo que se nos escapa, nadie intentó darle vida al Instituto de Reeducación de Santiago. Nadie: a pesar del mandato de la ley; de la imperiosa necesidad médico-social que exige su existencia; y del dinero que ha venido acumulándose en arcas fiscales desde entonces con este fin.

Un proyecto.—Compenetrados en la importancia del problema, nos propusimos, hace un año, considerarlo en forma detenida.

Pensábamos idear el organismo en cuestión. Analizamos entonces sus posibilidades materiales; observamos las deficiencias de la ley, etc.; pero, ateniéndonos estrictamente a su letra —después de habernos ilustrado sobre el particu-

lar— procedimos a la redacción de un Proyecto de Reglamento General para la organización del Instituto de Reeducación Mental de Santiago. (4).

Con ello quedaba cumplido el total de las posibilidades para su realización.

No obstante —razones que no son del caso exponer— nuestro esfuerzo fué inútil.

Tan inútil como el Título II del Libro II de la ley mencionada, que ley después de cuatro años de su promulgación, es letra en blanco, a pesar de su trascendencia enorme para la salud mental de nuestro pueblo.

Concluímos:

1) El problema del alcoholismo y demás toxicomanías es de gran trascendencia para la salud pública;

2) Es necesario tomar todas las medidas de orden técnico que tiendan a solucionarlo, para evitar la degeneración de la raza;

3) La lucha antitóxica es un deber ineludible del Estado.

Por tanto:

a) Es preciso llamar la atención de nuestros legisladores para que procedan a abordar este problema en su forma integral; y

b) Es necesario proceder cuanto antes a la creación del Instituto de Reeducación Mental de Santiago, cuya existencia ha sido ordenada por la ley, y cuya importancia en la lucha antitóxica es incuestionable.

CITAS

1.—Bermann G. -- Toxicomanías, Id. Ateneo. Bs. Aires, 1926.

2.—Texto definitivo de la Ley de Alcoholes y bebidas alcohólicas. Santiago, 1935.

3.—Contra el uso de estupefacientes. — Revista Médica Germano-Ibero-Americana. N.os 1|2, 1936, p. 57.

4.—Arroyo y Vila. — Proyecto de reglamento general para el Instituto de Reeducación Mental de Santiago.

INDICE

Págs

(*) Un error irremediable de compaginación obligó a repetir la numeración de un pliego.

Págs.

INDICE ALFABETICO DE AUTORES

(*) Un error irremediable de compaginación obligó a repetir la numeración de un pliego.

INDICE ALFABETICO DE MATERIAS

(*) Un error irremediable de compaginación obligó a repetir la numeración de un pliego.

